Gouvernement du Québec
**Conseil du statut de la femme**

# LE RETRAIT PRÉVENTIF DE LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE OU QUI ALLAITE

Mars 1989

Document soumis aux membres du Conseil du statut de la femme lors de la réunion des 1er et 2 décembre 1988.

**Reine Grenier**
**Lucie Desrochers, stagiaire**
Collaboration à la version finale : **Susanne Fontaine**

Québec:
8, rue Cook
3ième étage, bureau 300
Québec G1R 5J7

91-03709/

Révision linguistique : Jeannine Codaire
Dactylographie et mise en page : Francine Potvin

ISBN : 2-550-19614-7
Dépôt légal : 1er trimestre 1989
Bibliothèque nationale du Québec

**NOTE :**

Dans cette analyse préliminaire, le Conseil répond à un certain nombre de questions sur l'utilisation du retrait préventif et fait des propositions dans le cadre de la loi actuelle. Lors d'une prochaine étude, il considèrera cette mesure dans le contexte plus global de la protection sociale à accorder aux travailleuses en regard de la maternité.

## PRÉSENTATION

Cette étude sur le retrait préventif de la travailleuse enceinte et qui allaite répond à une demande que la ministre déléguée à la Condition féminine a faite au Conseil du statut de la femme dans le but de savoir :

- **si ce programme doit demeurer sous la responsabilité des employeurs par l'entremise de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST);**
- **si cette mesure de protection est sous-utilisée ou surutilisée;**
- **comment les employeurs pourraient mieux remplir leurs obligations face à la réaffectation des requérantes à des postes exempts de risque;**
- **si le retrait préventif devrait être intégré à une politique globale de la maternité.**

Pour répondre à ces questions, l'étude précise d'abord en quoi consiste le retrait préventif et fait ensuite le portrait des utilisatrices. Après avoir effectué un relevé des risques qui confrontent les travailleuses enceintes, elle identifie les problèmes reliés à son application, particulièrement en ce qui a trait à la réaffectation. Elle regarde enfin les modalités d'utilisation de la mesure et la responsabilité des employeurs. Elle dégage les constats à chacun de ces chapitres ainsi que les recommandations pertinentes en conclusion.

### Note méthodologique

Une documentation diversifiée a servi à cette analyse. Nous avons d'abord revu les études antérieures du Conseil du statut de la femme touchant la santé des femmes au travail et les programmes de maternité, des analyses et commentaires sur les relations de travail tant de sources patronales que syndicales ainsi que des études sur

l'application du retrait préventif dans différents secteurs. Nous avons également consulté des personnes ressources qui nous ont permis de cerner la situation actuelle.

Nous attendions également les résultats de la vaste recherche entreprise depuis juin 1985 par les chercheurs et chercheuses du Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention en santé et sécurité du travail (GRASP/sst) de l'Université de Montréal pour compléter notre analyse. Cette étude, parue en juillet 1988 et commandée par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et le ministère de la Santé et des Services sociaux, est la plus approfondie et la plus récente qui ait été effectuée sur l'utilisation et la perception des travailleuses en regard du retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite.

Il est important de préciser que la plupart des données analysées portent sur l'année 1985 et les années antérieures. Ceci commande une certaine prudence dans l'interprétation puisque les modalités d'application du retrait préventif ont subi des modifications importantes depuis ce temps, comme nous le verrons.

**Pour une lecture rapide**

Pour une lecture rapide, nous suggérons de consulter l'introduction, le premier chapitre ainsi que les résumés à la fin de chacun des chapitres suivants de même que la conclusion qui reprend l'ensemble des recommandations formulées dans le cours du document.

TABLE DES MATIÈRES


PAGE

INTRODUCTION..... 1

Notes..... 4

CHAPITRE 1 : LE RETRAIT PRÉVENTIF : UNE MESURE POUR LA PROTECTION DE LA SANTÉ DES TRAVAILLEUSES ENCEINTES..... 5

1.1 L'origine du retrait préventif..... 5

1.2 Qu'est-ce que le retrait préventif?..... 5

1.3 Qui peut bénéficier du retrait préventif?..... 8

1.4 Qui finance le retrait préventif?..... 9

1.5 L'utilisation croissante du retrait préventif..... 10

1.6 Le caractère nouveau du retrait préventif et les ajustements nécessaires..... 11

1.7 En résumé..... 13

Notes..... 15

CHAPITRE 2 : LE PORTRAIT DES UTILISATRICES DU RETRAIT PRÉVENTIF..... 17

2.1 Les caractéristiques des demandes de retrait préventif... 17

2.1.1 La croissance des demandes..... 17
2.1.2 La croissance des coûts et la durée de l'indemnisation..... 18
2.1.3 L'étape de la grossesse au moment du retrait..... 18

2.2 Les caractéristiques des utilisatrices du retrait préventif..... 19

2.2.1 Les utilisatrices en fonction du nombre de travailleuses enceintes..... 19
2.2.2 L'âge des utilisatrices..... 21
2.2.3 Une demande plus forte dans les professions "à risque"..... 21
2.2.4 Les secteurs d'activité économique..... 24
2.2.5 Les utilisatrices selon la région..... 26

2.2.6 Le facteur de risque lié au poste de travail..... 27
2.2.7 le diagnostic médical lié au retrait préventif.... 31
2.2.8 Les utilisatrices selon l'appartenance à un syndicat..... 32

2.3 La présence de facteurs de risque dans les milieux de de travail..... 32

2.3.1 Limites des études..... 33
2.3.2 Quelques faits saillants..... 33
2.3.3 Les catégories professionnelles à risque et le recours au retrait préventif..... 37

2.4 En résumé..... 39

Notes..... 42

**CHAPITRE 3 : LES PROBLÈMES IDENTIFIÉS DANS L'APPLICATION DU RETRAIT PRÉVENTIF**..... 45

3.1 L'accessibilité du retrait préventif..... 45

3.1.1 L'information..... 45
3.1.2 Les sources d'information..... 46
3.1.3 La qualité de l'information..... 47
3.1.4 Le rôle du médecin traitant..... 48
3.1.5 Le rôle du médecin du DSC..... 49
3.1.6 Le partage des rôles entre les médecins et la CSST 50
3.1.7 Le rôle des employeurs..... 51
3.1.8 L'influence des collègues de travail..... 52

3.2 Les délais..... 52

3.3 Le droit de refus et la condition de grossesse..... 54

3.4 La contestation des certificats médicaux..... 56

3.5 Le maintien et le cumul des avantages liés à l'emploi.... 58

3.6 La réaffectation et les modifications de postes : qu'en est-il?..... 59

3.6.1 Les politiques de réaffectation et de modification de postes..... 60
3.6.2 Réactions à la réaffectation..... 63
3.6.3 Conséquence du faible nombre de réaffectations et de modifications de postes..... 65
3.6.4 Des aménagements nouveaux et nécessaires..... 67
3.6.5 Des pistes d'action à explorer..... 68

3.7 En résumé..... 71

Notes..... 73

**CHAPITRE 4 : LES ORIENTATIONS À PRIVILÉGIER**..... 77

4.1 Le retrait préventif et l'emploi des femmes..... 77

4.2 Les limites du retrait préventif..... 80

4.3 L'importance stratégique du retrait préventif..... 82

4.3.1 La présence de risque..... 82
4.3.2 La médicalisation de la grossesse..... 83
4.3.3 Une réorientation nécessaire de la recherche..... 84

4.4 Le retrait préventif et la responsabilité de l'employeur. 85

Notes..... 87

**CONCLUSION**..... 89

Les recommandations du CSF..... 92

**BIBLIOGRAPHIE**..... 97

**TABLEAUX**..... 105

Annexe : Grossesse et risques liés au travail des femmes : revue de littérature

## INTRODUCTION

Le "retrait préventif" est une mesure* qui fait partie d'un ensemble de moyens dont peut bénéficier la travailleuse et qui est destinée à favoriser la conciliation entre le travail et la maternité. En conjonction avec le congé de maternité payé, elle constitue, au Québec, une protection importante pour la travailleuse enceinte ou qui allaite. **Cette mesure unique en Amérique du Nord permet d'assurer à la travailleuse enceinte la protection de sa santé et de celle de l'enfant à naître ou qu'elle allaite. Son utilisation accrue et l'importance qu'on lui accorde est indissociable de la participation croissante des femmes à la main-d'oeuvre québécoise.** Avant de procéder à l'analyse, il convient donc de rappeler très brièvement la progression des femmes sur le marché du travail au Québec au cours des dernières années.

### Les femmes et la participation à la main-d'oeuvre

Au Québec, la présence des femmes dans la main-d'oeuvre n'a fait que s'accroître, on le sait, au cours des dernières décennies. En effet, **le taux d'activité des Québécoises était de 34,4% en 1967[1]; dix ans plus tard, il se situait à 42,2%[2] et il a atteint en 1987, 52,3%[3].** Cette tendance ne semble pas vouloir se ralentir, du moins à court terme; en 1995, on prévoit que les femmes du Québec seront présentes sur le marché du travail dans une proportion de près de 58%[4]. En comparaison, le taux d'activité des hommes a quelque peu diminué au cours des ans, passant de 79,2% en 1967[5] à 75,3% en 1987[6]. **La croissance de la population active totale est donc due aux femmes et les prévisions futures viennent confirmer que ce phénonème devrait se poursuivre.**

---

* Le "retrait préventif" est tantôt désigné comme un programme ou comme une mesure; pour les fins de cette étude, nous avons choisi de le désigner comme une mesure.

L'examen des taux d'activité des femmes selon l'âge montre qu'il s'est produit des changements majeurs à ce niveau et plus particulièrement chez celles qui sont âgées entre 25 et 44 ans. Ces femmes, qui nous intéressent particulièrement parce que ce sont elles qui sont en âge de procréer et donc susceptibles d'avoir recours à un programme comme celui du retrait préventif, ont vu leur taux de participation à la main-d'oeuvre passer de 31,7% en 1967[7] à 70,1% en 1987[8]. Cette proportion représente, en fait, 792 000 femmes[9].

Les femmes mariées ou vivant en union libre (les statistiques officielles ne distinguent pas ces deux catégories) sont également celles qui sont responsables de la croissance du taux d'activité des femmes lorsque l'on considère la variable "statut matrimonial"; de 14,5% qu'il était en 1961, ce taux est passé à 47% en 1981[10].

Une autre variable liée à l'importante augmentation du taux d'activité des femmes est celle de la présence de jeunes enfants à la maison; ainsi, alors qu'en 1976, 32,4%[11] des femmes qui avaient des enfants de moins de six ans à la maison travaillaient à l'extérieur de leur foyer, elles sont maintenant plus de 44,6% en 1981 dans cette situation[12].

**Ce bref portrait de la main-d'oeuvre féminine québécoise montre à quel point les femmes qui ont des enfants ou qui sont susceptibles d'en avoir sont importantes dans la structure de cette main-d'oeuvre : elles sont de plus en plus nombreuses à y participer, elles demeurent dans leur emploi pendant une bonne partie de leur grossesse et reviennent à leur activité rémunérée après avoir mis au monde leurs enfants.**

## Le retrait préventif : une problématique particulière

Dans un tel contexte, on comprend mieux la popularité du retrait préventif pour la travailleuse enceinte ou qui allaite depuis que cette mesure a été appliquée en 1981 par le Gouvernement du Québec. La

demande inattendue qu'elle a suscitée, les coûts qu'elle entraîne ainsi que les ajustements organisationnels qu'elle suppose méritent d'être étudiés. C'est ce que nous ferons dans cette étude. Nous donnerons d'abord les caractéristiques de la mesure et présenterons un portrait statistique des utilisatrices. Nous ferons état des divers facteurs de risque invoqués dans les milieux de travail. Nous tenterons par la suite d'identifier les problèmes rencontrés dans l'application du retrait préventif, particulièrement en regard de la réaffectation. Nous verrons enfin le degré d'utilisation du programme et la responsabilité des employeurs. Pour chacun de ces éléments, nous dégagerons les constats les plus importants et ferons des propositions en réponse aux questions qui nous ont été posées.

**NOTES**

1. Marc RENAUD et Geneviève TURCOTTE, Comment les travailleuses enceintes voient leur travail, ses risques et le droit au retrait préventif, GRASP/sst, Montréal, juillet 1988, tableau A, p. 7.

2. Ibid., p. 7.

3. STATISTIQUE CANADA, La population active, catalogue n° 71-001, mensuel, décembre 1987, tableau 64, p. 100.

4. Marc RENAUD et Geneviève TURCOTTE, op. cit., p. 7.

5. Ibid., p. 7.

6. STATISTIQUE CANADA, op. cit., p. 100.

7. Marc RENAUD et Geneviève TURCOTTE, op. cit., tableau B, p. 8.

8. STATISTIQUE CANADA, op. cit., p. 100.

9. Ibid., tableau 63, p. 99.

10. Suzanne MESSIER, Les femmes ça compte, CSF, tableau 1003, p. 30.

11. Marc RENAUD et Geneviève TURCOTTE, op. cit., p. 6.

12. Suzanne MESSIER, op. cit., tableau 1106, p. 37.

## 1. LE RETRAIT PRÉVENTIF : UNE MESURE POUR LA PROTECTION DE LA SANTÉ DES TRAVAILLEUSES ENCEINTES

### 1.1 L'origine du retrait préventif

**Le 20 juin 1979, le projet de loi 17, maintenant connu sous le nom de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST), était présenté à l'Assemblée nationale. L'objectif général de cette loi est "l'élimination à la source même des dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs"[1].** Sanctionnée le 21 décembre 1979, la LSST contient des dispositions particulières pour la travailleuse enceinte ou qui allaite. Ces dispositions qui portent sur le retrait préventif ne sont toutefois entrées en vigueur que le 1er janvier 1981.

L'adoption d'une telle mesure avait comme ultime avantage de reconnaître que la maternité n'était pas seulement une responsabilité individuelle, mais collective. Pour la première fois, on reconnaissait officiellement que les conditions de travail pouvaient présenter des risques sur l'issue de la grossesse.

### 1.2 Qu'est-ce que le retrait préventif?

**Le retrait préventif est désigné officiellement à la CSST comme un programme d'affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite. La LSST accorde à la travailleuse enceinte ou qui allaite le droit d'être retirée d'un poste de travail si ses conditions de travail comportent des risques pour sa santé, celle de l'enfant à naître ou celle de l'enfant allaité. Le retrait préventif est donc, comme son nom l'indique, un programme de prévention lié étroitement à la présence de risques (pour la santé de la travailleuse ou de l'enfant à naître) constatés dans le poste de travail puisqu'il est reconnu que la très**

grande majorité des travailleuses enceintes sont en mesure de maintenir leurs activités habituelles jusqu'aux dernières semaines de grossesse.

Pour exercer ce droit, la travailleuse enceinte ou qui allaite produit à son employeur un certificat médical attestant que ses conditions de travail comportent des dangers physiques pour elle-même, le foetus ou l'enfant allaité. Ce certificat est émis par le médecin responsable des services de santé de l'établissement ou, s'il n'y en a pas ou si la travailleuse en fait le choix, par un autre médecin. Celui-ci doit obligatoirement consulter le médecin de l'établissement ou, à défaut, le chef du département de santé communautaire du territoire sur lequel se trouve l'établissement de travail afin de connaître l'évaluation qu'il fait des conditions de travail de la travailleuse.

Pour avoir droit au retrait préventif, la travailleuse doit être disponible pour une réaffectation; c'est donc dire qu'elle doit être apte à travailler ou, en d'autres mots, que son état de santé ne l'empêche pas d'exercer un autre type de travail dans l'établissement. Dans le cas où une condition médicale personnelle est invoquée par la travailleuse comme motif l'empêchant de remplir ses tâches habituelles, elle obtiendra un retrait préventif si cette condition personnelle ne l'empêche pas d'exercer d'autres tâches; elle aura ainsi démontré son aptitude au travail.

La travailleuse remet ensuite le certificat médical à son employeur en lui demandant explicitement de l'affecter immédiatement à d'autres tâches ne comportant pas de risques et qu'elle est en mesure d'accomplir. L'affectation de la travailleuse peut prendre deux formes, soit le déplacement vers un nouveau poste de travail ou soit la modification du poste de travail qui fait l'objet du retrait préventif. Si l'employeur confie à cette travailleuse des tâches qu'elle peut effectuer et qui ne sont pas dangereuses, la démarche s'arrête là. La travailleuse peut toutefois contester cette réaffectation auprès du Comité de santé et sécurité de l'entreprise ou auprès de la Commission

de la santé et de la sécurité du travail si elle considère que ces nouvelles tâches comportent encore des risques.

**Si l'employeur est dans l'impossibilité d'affecter immédiatement la travailleuse enceinte ou qui allaite à des tâches non dangereuses et qu'elle est raisonnablement en mesure d'accomplir, elle peut cesser de travailler jusqu'à son accouchement ou jusqu'à la fin de la période d'allaitement.** L'employeur doit alors compléter le formulaire "Avis de l'employeur et demande de remboursement pour un retrait préventif". Si la demande est acceptée par la CSST, la travailleuse reçoit une rémunération répartie de la façon suivante : l'employeur lui verse son salaire régulier pendant les cinq premiers jours ouvrables de son absence et une indemnité équivalant à 90% de son revenu net pendant les quatorze jours suivants (la CSST rembourse l'employeur pour ces quatorze jours). Au-delà de ces dix-neuf jours, la travailleuse reçoit des prestations de la CSST, équivalant à 90% de son revenu net, jusqu'à ce qu'elle soit réaffectée ou jusqu'à son accouchement, ou encore jusqu'à la fin de la période d'allaitement. Le maximum assurable est de 36 500 $ en 1988 et les prestations de la CSST ne sont pas imposables. Les modalités de versement des prestations de même que le niveau des prestations versées à une travailleuse enceinte s'appliquent de la même façon aux travailleuses et travailleurs victimes de lésions professionnelles en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP).

**La loi prévoit (art. 43) que la travailleuse qui se prévaut de son droit au retrait préventif conserve les avantages liés à son emploi et la garantie d'une réintégration à son poste dès son retour.** De plus, si la travailleuse est réaffectée à un autre poste de travail et que celui-ci commande un salaire inférieur à celui du poste régulier de la travailleuse, l'employeur doit verser le salaire prévu au poste régulier et la différence entre les deux salaires lui est remboursée par la CSST.

## 1.3 Qui peut bénéficier du retrait préventif?

**Presque toutes les salariées peuvent éventuellement se prévaloir de ce droit, car elles n'ont pas à justifier un certain nombre de semaines de travail comme c'est le cas pour le congé de maternité et les prestations d'assurance-chômage.**

Sont notamment couvertes, en plus des travailleuses définies au sens courant du terme, les travailleuses bénévoles déclarées par l'employeur, les gérantes, les surintendantes, les contremaîtresses ou représentantes de l'employeur dans leurs relations avec les travailleurs et les administratrices et officières d'une corporation. Les femmes collaboratrices sont couvertes si elles sont salariées. Elles sont exclues si elles sont associées de leur conjoint.

**Cependant, un nombre relativement important de travailleuses québécoises ne peuvent bénéficier des avantages de cette mesure. Les 20 500 employées de la Fonction publique fédérale qui travaillent au Québec ne sont pas couvertes par la LSST[2] de même que les femmes qui travaillent pour des entreprises soumises au Code canadien du travail. En 1985, 227 138 Québécoises et Québécois travaillaient dans 685 entreprises relevant de la juridiction fédérale[3]. En faisant l'hypothèse que 40% — ce qui équivaut à la proportion de femmes dans la population active totale — de ces travailleurs et travailleuses sont des femmes, cela représente près de 90 000 travailleuses oeuvrant notamment dans le transport interprovincial, les banques, les communications, etc.**

Ces travailleuses avaient bénéficié jusqu'à tout récemment d'une ambiguïté quant à l'application de la LSST aux entreprises de juridiction fédérale. Le jugement de la Cour suprême du Canada rendu en mai 1988 dans la cause opposant la CSST et Bell Canada est venu clarifier la situation par l'exclusion complète de ces travailleuses de l'application de la loi québécoise en matière de santé et de sécurité du travail. Les travailleuses ne peuvent donc plus bénéficier du droit au retrait préventif.

Auparavant, d'après les renseignements obtenus auprès de la CSST, plusieurs employeurs de ces secteurs consentaient à une demande de retrait préventif de la part de leurs employées. Généralement, ils ne payaient pas les cinq premiers jours de salaire ni les quatorze jours remboursables par la CSST. Cette dernière acceptait ces demandes si elles répondaient par ailleurs aux exigences de la loi. La travailleuse placée dans une telle situation prenait cependant un certain risque en demandant un retrait préventif puisqu'elle n'était pas certaine que la loi puisse protéger son emploi; sa réintégration et le respect des avantages sociaux ne dépendaient que de l'entente individuelle qu'elle avait avec son employeur ou de sa convention collective.

**Nous croyons qu'une entente devrait être définie entre les gouvernements fédéral et provincial afin de permettre à cette importante main-d'oeuvre d'être admissible au retrait préventif.**

### 1.4 Qui finance le retrait préventif?

**Le financement du retrait préventif est assuré par une contribution de la part de tous les employeurs à un fonds spécial de la CSST.**

Contrairement aux cotisations ordinaires à la CSST basées sur les risques de l'entreprise, les cotisations spéciales pour le retrait préventif sont uniformes. En 1988, la contribution des employeurs est de 0,10 $ par 100,00 $ de masse salariale assurable. En comparaison, le taux moyen de cotisation fixé par la CSST en 1988 est de 2,75 $ par tranche de 100,00 $ de salaire assurable en 1988. À titre d'exemple, soulignons qu'en 1987 les taux de cotisations ont varié pour la plupart entre 0,19 $ et 13,67 $ par tranche de 100,00 $ de salaire assurable. Ces variations dépendent de la classification de l'entreprise, faite par la CSST, en fonction des risques des lieux de travail. En conséquence, nous pouvons considérer que le coût relatif du retrait

préventif assumé par l'employeur est négligeable (0,10 $/100,00 $) si on le compare au coût moyen qu'il assume pour l'ensemble du programme de santé-sécurité au travail (2,75 $/100,00 $).

Le coût total du retrait préventif atteint 37,8 millions de dollars en 1987 et représente 2,7% des dépenses totales de la CSST. Par comparaison, 8,1% des dépenses de la CSST vont à l'administration alors que 63,2% vont aux indemnités qui ont été versées au chapitre de la "réparation", c'est-à-dire aux victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles[4]. (Tableau 1)

La cotisation moyenne annuelle versée par chaque employeur à l'égard du programme du retrait préventif atteint 253,25 $ en 1987. Cette cotisation moyenne varie entre 16,46 $ dans le secteur de l'agriculture à 6 058,82 $ dans l'industrie du tabac. À titre indicatif, nous avons également calculé la cotisation moyenne par travailleur. Pour l'ensemble des secteurs, elle se situe à 19,89 $ et elle varie entre 11,58 $ dans les industries manufacturières diverses à 31,87 $ dans l'industrie de la première transformation des métaux[5]. (Tableau 2)

## 1.5 L'utilisation croissante du retrait préventif

Cela nous amène à traiter des débats que suscite depuis quelques années la croissance importante et régulière de demandes de retrait préventif. Dès le départ, on s'attendait à ce que le nombre de demandes augmente graduellement jusqu'en 1985 ou 1986 pour se situer autour de 5 000 demandes par année[6]. Comme nous le verrons un peu plus loin, ce nombre est dépassé depuis déjà quelques années, la demande ayant atteint en 1987 plus de 14 000 retraits préventifs[7]. Depuis l'entrée en vigueur du programme en 1981, un nombre relativement faible de demandes ont été refusées. Bien qu'il se soit accru sensiblement depuis quelques années, le taux de refus d'indemnisation ne dépassait pas 15% en 1987[8].

Dans les premières années, la réaffectation ou la modification des postes de travail des utilisatrices du retrait préventif ont été à peu près inexistantes, les employeurs préférant plutôt accorder un arrêt de travail. L'enquête du GRASP/sst démontre que **seulement 12,6% des travailleuses qui ont demandé un retrait préventif en 1984 et 1985 ont vu leur poste modifié ou ont été affectées à d'autres activités.** Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce phénomène, comme nous le verrons plus loin.

### 1.6 Le caractère nouveau du retrait préventif et les ajustements nécessaires

L'enquête du GRASP/sst mentionne le caractère nouveau et expérimental du retrait préventif et précise :

> "En innovant, le législateur s'exposait aux incertitudes, aux ambiguïtés et à la controverse qu'entraîne l'opérationalisation de tout nouveau droit. Ne pouvant s'appuyer sur des certitudes scientifiques quant aux effets de l'environnement professionnel sur l'issue de la grossesse, il a formulé la loi dans des termes très généraux de façon à laisser l'expérience et la jurisprudence préciser ses paramètres d'application. Résultat : la mesure a connu au cours des années un bon nombre de réajustements dans son application et son interprétation."[9]

Selon l'étude, jusqu'en 1983, il semble qu'en raison des lacunes de la recherche, la consigne de la CSST était d'accorder le retrait préventif même en cas de doute sur les dangers d'un milieu de travail. On ne parlait pas de réaffectation. Les demandes étaient rarement refusées et les conditions médicales personnelles d'une requérante pouvaient, semble-t-il, donner droit au retrait préventif. Ces pratiques expliqueraient l'important accroissement de la demande au cours des premières années d'introduction du programme.

Devant l'augmentation des coûts et pressée par les employeurs de resserrer les critères donnant accès à la mesure, la CSST adopte en 1983 une attitude plus restrictive à l'égard de l'application de la loi. D'une part, on remet la gestion du programme à la Direction de la réparation afin de mettre l'accent sur la réaffectation et, d'autre part, des directives précisent que les conditions médicales personnelles pouront être invoquées pour bénéficier du retrait préventif seulement dans les cas où elles sont causées par les conditions de travail de la requérante.

La position de la CSST était donc de tenir compte, dans l'appréciation d'un dossier, de la condition médicale personnelle de la travailleuse et de ses conditions de travail. Toutefois, la recherche du GRASP/sst indique que la CSST, dans une note datée du 1er mai 1987, établit clairement que dorénavant seules les conditions de travail ou les dangers susceptibles de provenir du poste de travail seront considérés dans l'évaluation des demandes. De plus, la CSST ne se considère plus liée par l'opinion du médecin qui a charge de la travailleuse; c'est la Commission, en définitive, qui décide du droit à l'indemnisation de la travailleuse.

Les auteurs ont également constaté que les critères utilisés par les DSC et la CSST pour l'appréciation des dossiers ne sont pas uniformes. Un comité récemment créé par la CSST a le mandat "d'uniformiser la démarche d'appréciation et d'évaluation des demandes, de rationaliser et de maintenir une saine gestion de son application"[10]. Un autre comité provincial, celui en santé et sécurité au travail des DSC, est à élaborer le projet "Grossesse et travail" qui vise à "coordonner les efforts des professionnels des DSC, particulièrement des médecins, pour obtenir un traitement plus uniforme des demandes dans un souci d'équité pour les travailleuses enceintes et de respect des normes ou conventions scientifiques actuelles"[11]. Nous ne connaissons pas les résultats des travaux de ces deux comités, mais il faut espérer qu'ils permettront de mieux arrimer cette mesure aux objectifs poursuivis.

Au cours des sept dernières années, l'application du "retrait préventif" a donc connu des modifications importantes. Il a cependant été accueilli très favorablement par les divers groupes concernés (syndicats, Conseil du statut de la femme, organismes de défense des droits des travailleuses) comme un progrès social et un pas vers la conciliation du travail et de la maternité. Tout en préservant la spécificité de cette mesure, il faudrait éventuellement considérer la possibilité de l'inclure dans une politique plus globale de maternité.

## 1.7 En résumé

L'ensemble des études font ressortir un certain nombre de problèmes rencontrés dans l'application de la mesure du retrait préventif. Les voici :

- les médecins des départements de santé communautaire (DSC) disent qu'ils ne disposent pas de critères uniformes pour évaluer les demandes; que leur rôle de consultant est lourd, et que les DSC doivent consacrer de plus en plus de ressources à ce programme;

- le médecin traitant a de la difficulté à définir son rôle face aux directives changeantes de la CSST (depuis 1987, la CSST a stipulé qu'elle n'est plus liée par l'avis du médecin traitant);

- les employeurs critiquent les coûts croissants de la mesure; les associations patronales font des pressions pour que la CSST retire les mesures touchant les travailleuses enceintes de l'application de la loi; de plus, ils invoquent qu'il s'agit là d'une mesure sociale, soit un prolongement du congé de maternité qui devrait être financé par l'Etat;

- des responsables de la santé au travail, du réseau de la santé et des services sociaux, des centrales syndicales et d'organismes populaires dénoncent le resserrement graduel dans l'application de cette mesure et l'apparition de normes de plus en plus restrictives pour évaluer les demandes de retrait préventif;

- d'autres intervenants enfin sont préoccupés de l'orientation de la mesure, qui se traduit encore trop souvent par un retrait des femmes du monde du travail alors qu'elle visait, au départ, une meilleure

adaptation et une modification de l'environnement de travail. Un tel détournement d'objectif pourrait, avec le temps, susciter un motif important de discrimination à l'embauche des femmes. À vouloir protéger les femmes, on peut risquer d'en faire une clientèle exceptionnelle.

**NOTES**

1. Loi sur la santé et la sécurité du travail, L.R.Q., c. S-2.1, art. 2.

2. COMMISSION DE LA FONCTION PUBLIQUE DU CANADA, Rapport annuel 1985, 1986, p. 59.

3. Étude de l'emploi à temps partiel dans les secteurs réglementés par le gouvernement fédéral, Canada, ministère du Travail, 1985, vol. 1, p. 10-13.

4. CSST, Rapport annuel 1987, Québec, 2e trimestre 1988, p. 16.

5. Ibid., p. 50.

6. Marc RENAUD et Geneviève TURCOTTE, Comment les travailleuses enceintes voient leur travail, ses riques et le droit au retrait préventif, GRASP/sst, Montréal, juillet 1988, p. 18.

7. CSST, Rapport annuel 1987, op. cit., p. 50.

8. Ibid., p. 41.

9. Marc RENAUD et Geneviève TURCOTTE, op. cit., p. 12.

10. Ibid, p. 15.

11. Ibid, p. 15.

## 2. LE PORTRAIT DES UTILISATRICES DU RETRAIT PRÉVENTIF

Ce chapitre présente les caractéristiques socio-démographiques des utilisatrices du retrait préventif au cours de la période 1981-1985. Ces informations proviennent principalement des données publiées par la CSST et de la compilation spéciale effectuée par la recherche du GRASP/sst à partir du fichier statistique de la CSST. Ce portrait des utilisatrices est complété des résultats de deux autres enquêtes du GRASP/sst qui avaient comme objectif d'identifier les facteurs sociaux, culturels et économiques qui pourraient expliquer la popularité du programme de retrait préventif : l'une auprès d'un échantillon d'utilisatrices (1984-1985) et l'autre auprès d'un groupe témoin de travailleuses qui n'ont pas eu recours à la mesure.

### 2.1 Les caractéristiques des demandes de retrait préventif

#### 2.1.1 La croissance des demandes

**Au total, la CSST a reçu 54 522 demandes de retrait préventif entre 1981 et 1987 et 82% de ces demandes ont été satisfaites.**

**Entre 1981 et 1982, le nombre de retraits préventifs a plus que triplé, passant de 1 241 à 3 912. Il s'est ensuite stabilisé en 1983, puis il a continué sa courbe ascendante avec une croissance de 74,5% entre 1983 et 1984 et de près de 53% entre 1984 et 1985[1]. En 1986, le nombre de retraits n'a augmenté que de 16,3% par rapport à 1985 et en 1987, le taux de croissance n'est plus que de 12,4%[2].** Assistons-nous à une saturation de la demande de retrait préventif? Est-ce le résultat d'un plus grand contrôle exercé par la CSST dans l'acceptation des demandes? Entre 1981 et 1984, la proportion des demandes d'indemnisation refusées n'avait pas dépassé 10%, alors que depuis 1985, elle a graduellement augmenté pour atteindre près de 15% en 1987[3]. (Tableau 3)

### 2.1.2 La croissance des coûts et la durée de l'indemnisation

**Nous l'avons vu, le montant des indemnités versées au cours d'une année est passé de 2,6 millions de dollars en 1981 à 37,8 millions de dollars en 1987[4]. Toutefois, le nombre moyen de jours d'indemnisation a baissé de façon marquée, passant de 99,4 jours en 1981 à 72,8 jours en 1985 amenant une baisse de l'indemnité moyenne par bénéficiaire de 3 800 $ en 1981 à 3 140 $ en 1985[5]. (Tableau 4)**

**Nous voyons donc que le nombre d'utilisatrices et les coûts de la mesure se sont accrus de façon importante depuis son entrée en vigueur, mais, en revanche, la période d'indemnisation ainsi que les prestations moyennes reçues par les bénéficiaires ont diminué depuis 1981.**

### 2.1.3 L'étape de la grossesse au moment du retrait

**La majorité des travailleuses qui se prévalent du retrait préventif le font au cours du deuxième trimestre de leur grossesse.**

On constate toutefois, au cours de la période 1981-1985, que les utilisatrices se retirent de plus en plus tard de leur milieu de travail. Ainsi, alors que 30,3% des bénéficiaires se retiraient au premier trimestre en 1981, elles ne sont plus que 23,1% en 1985 à commencer à recevoir des prestations au cours du premier trimestre. (Tableau 5) Conséquemment, **elles sont de plus en plus nombreuses à obtenir le retrait préventif au cours du deuxième trimestre**; 55,7% en 1985[6]. Cette constatation se vérifie également lorsqu'on examine le nombre moyen de semaines de grossesse réalisées au moment du retrait préventif. **En 1981, le nombre moyen de semaines de grossesse des travailleuses s'établissait à 19,1; en 1984, il était passé à 19,9[7]. Bénéficier de plus en plus tard du retrait préventif a, comme nous l'avons vu, des effets sur la durée et le montant de l'indemnisation.**

## 2.2 Les caractéristiques des utilisatrices du retrait préventif

### 2.2.1 Les utilisatrices en fonction du nombre de travailleuses enceintes

Les travailleuses québécoises enceintes constituent la population visée par le programme du retrait préventif. **En 1982 et 1984, les données fournies par Statistique Canada sur l'assurance-chômage établissent à 38 520 et 40 650 le nombre de bénéficiaires de prestations de maternité au Québec.** Ce nombre est toutefois sous-estimé parce qu'on ne considère que les travailleuses enceintes cotisantes à l'assurance-chômage ou qui remplissent les conditions de la loi; les travailleuses autonomes, les travailleuses à temps partiel qui travaillent moins de quinze heures par semaine et celles qui ont travaillé moins de vingt semaines dans l'année ne sont pas prises en compte. Selon le recensement de 1981, les travailleuses autonomes et celles qui avaient travaillé moins de vingt semaines en 1980 constituaient respectivement 4% et 19% de la population active.

Si on calcule la proportion estimée des demandes de retrait préventif par rapport au nombre des travailleuses enceintes (sur la base de 1982 et 1984), en gardant le dénominateur constant, on **remarque une progression nette des travailleuses qui ont fait une demande (taux de recours) de retrait préventif. Ainsi, la proportion serait passée de 10,2% en 1982, à 35,3% en 1987 (voir le tableau 2.1). Le taux d'utilisation est par ailleurs plus faible puisqu'il passe de 8,6% en 1982 à 27,8% en 1987.** Tout en considérant que ces taux peuvent être surestimés en raison d'une sous-évaluation du nombre des travailleuses enceintes admissibles, on peut affirmer que la croissance des utilisatrices de la mesure est nettement plus forte que la croissance du nombre des travailleuses enceintes. Ainsi, on voit que de 1982 à 1984 le nombre des travailleuses enceintes s'est accru de 5,5% alors que celui des demandes de retrait préventif augmentait de près de 84%. On

peut croire qu'une meilleure information sur l'existence de la mesure et l'amélioration des connaissances relatives aux dangers de certains milieux de travail seraient susceptibles d'expliquer cette croissance. Comme nous le savons, il s'agissait là d'une mesure nouvelle. Bien que cette croissance soit, selon certains, attribuable à un faible contrôle exercé par la CSST, nous ne croyons pas judicieux de retenir cette hypothèse.

Rappelons, en effet, qu'au cours des dernières années la CSST a accru de façon importante son contrôle dans l'application du retrait préventif en adoptant des directives et en modifiant ses critères d'acceptation.

Tableau 2.1

**Taux de recours et taux d'utilisation du retrait préventif, 1982-1987**

| | TAUX DE RECOURS[1] À LA MESURE | TAUX D'UTILISATION[2] DE LA MESURE |
|---|---|---|
| 1982[3] | 10,2 | 8,6 |
| 1983[3] | 10,7 | 9,0 |
| 1984[4] | 17,7 | 15,1 |
| 1985[4] | 27,0 | 22,4 |
| 1986[4] | 31,4 | 25,6 |
| 1987[4] | 35,3 | 27,8 |

1. Il s'agit du rapport entre le nombre de demandes de retrait préventif et le nombre de bénéficiaires de prestations de maternité de l'assurance-chômage.
2. Il s'agit du rapport entre le nombre de bénéficiaires du retrait préventif (demandes acceptées) et le nombre de bénéficiaires de prestations de maternité.
3. Le dénominateur pour 1982 et 1983 est 38 520.
4. Le dénominateur pour 1984, 1985, 1986 et 1987 est 40 650.

Sources : Marc RENAUD et Geneviève TURCOTTE, op. cit., tableau D, p. 21.

CSST, Rapports annuels 1986 et 1987.

CSST, Retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite - Statistiques 1981-1984, Québec, 1986, p. 5.

### 2.2.2 L'âge des utilisatrices

**L'âge moyen des utilisatrices du retrait préventif a légèrement augmenté au cours de la période 1981-1984, passant de 25,9 ans en 1981 à 26,8 ans en 1984[8].** Cette hausse s'explique par une croissance dans la proportion des utilisatrices âgées de 25 à 34 ans combinée à une baisse dans la proportion de celles âgées de moins de 25 ans. On constate également, tout au long de la période, que près de huit demandes de retrait préventif sur dix proviennent des travailleuses âgées entre 20 et 29 ans et qu'en 1984, une bénéficiaire sur deux était âgée entre 25 et 29 ans. (Tableau 6)

### 2.2.3 Une demande plus forte dans les professions "à risque"

**Selon l'étude du GRASP/sst, on constate, au cours de la période 1981-1985, que la demande de retrait préventif provient principalement de quatre professions. Ainsi, en 1985, plus de la moitié des requérantes étaient concentrées (par ordre décroissant) chez :**

- **les infirmières (22,1%);**
- **les serveuses, serveuses de bar ou cuisinières (11,5%);**
- **les commis ou caissières (11,1%);**
- **les ouvrières de l'industrie de l'habillement ou de la bonneterie (8,3%)[9].**

Par ailleurs, on remarque que certaines professions où l'on reconnaît de faibles probabilités d'issues de grossesse malheureuses, comme le personnel de bureau (autre que les commis et les caissières) et les professionnelles et administratrices, ont une part de la demande relativement faible.

En considérant le nombre de femmes enceintes dans chaque catégorie professionnelle, on fait le rapport entre le nombre d'utilisatrices du retrait préventif et le nombre de travailleuses enceintes afin de

dégager les professions où les taux d'utilisation de la mesure sont les plus élevés. On répond ainsi à la question de la surutilisation ou de la sous-utilisation du retrait préventif.

**Les taux de recours**

**Ce sont les travailleuses des industries de la transformation qui se prévalent le plus du retrait préventif avec un taux de recours de 88,3% en 1985. Viennent ensuite :**

- **les employées des services (69,5%);**
- **les travailleuses de la santé (56,0%);**
- **les travailleuses dans la vente (49,5%)[10].**

À l'inverse, les taux de recours à la mesure sont les plus faibles pour :

- le personnel administratif (3,9%);
- les professionnelles (5,5%);
- les employées de bureau (11,9%)[11].

On remarque donc que le personnel de bureau qui compte le plus grand nombre de travailleuses enceintes a un taux de recours relativement faible (11,9%).

**Les trois catégories professionnelles qui ont enregistré les plus forts taux de croissance entre 1982 et 1985 sont :**

- **les travailleuses de la vente (13,2% à 49,5);**
- **les travailleuses spécialisées dans la fabrication (11,5% à 37%);**
- **les travailleuses de la santé (18,5% à 56%)[12].** (Tableau 7)

**Les taux de refus**

Cependant, comme on le sait, les travailleuses qui ont demandé un retrait préventif n'ont pas toutes vu leur demande satisfaite. En 1985, on constate des taux de refus très supérieurs à celui de la moyenne (13,8%) pour quatre catégories professionnelles :

- les administratrices (34,3%);
- les sténographes et dactylographes (34,2%);
- l'autre personnel administratif (22,3%);
- les autres professionnelles (21,8%)[13].

Ces taux de refus élevés dans ces catégories viennent contredire l'affirmation souvent répandue que la croissance serait due en grande partie à la "magnanimité" de la CSST. En effet, ces catégories professionnelles, qui sont définies comme moins "risquées" quant aux issues de grossesse, se sont vu fréquemment opposer un refus.

**Les taux d'utilisation**

De plus, comme on peut le constater dans l'étude du GRASP/sst, une fois qu'on a calculé les taux d'utilisation selon la catégorie professionnelle, il en ressort que les plus hauts taux d'utilisation proviennent toujours des quatre professions identifiées précédemment :

- les travailleuses de la transformation (79,8%);
- les employées des services (63,1%);
- les travailleuses de la santé (48,6%);
- les vendeuses (45,4%)[14].

Pour préciser un peu plus le type d'emploi occupé par les utilisatrices, l'étude montre qu'à l'intérieur du personnel enseignant, il

s'agit d'éducatrices spécialisées (risques d'agression) plutôt que d'enseignantes de niveau primaire ou secondaire; qu'à l'intérieur du groupe des travailleuses de la santé, il s'agit d'aides-infirmières, de préposées aux bénéficiaires et de techniciennes de laboratoire plutôt que d'infirmières diplômées et de professionnelles de la santé; qu'à l'intérieur du groupe des "autres professionnelles", il s'agit de travailleuses dans l'industrie (produits chimiques) et de travailleuses des services médicaux et sociaux (agents biologiques, risques d'agression) plutôt que des professionnelles des secteurs du commerce, de la finance ou de l'administration publique; qu'à l'intérieur du personnel de bureau, il s'agit de caissières dans le secteur du commerce plutôt que du personnel "clérical" dans les services, la finance ou l'administration publique.

Ces constatations apportent déjà quelques éléments de réponse à la question de la surutilisation du retrait préventif. Comme le soulignent les auteurs : "Il apparaît donc à la lumière de nos résultats que, en 1985, la demande est surtout venue des catégories socio-professionnelles qui, en principe du moins, en avaient le plus besoin, celles qui en tout cas travaillent dans les conditions réputées les plus pénibles, les plus souvent associées dans la littérature scientifique à un excès de prématurité ou d'hypotrophie à la naissance..."[15].

### 2.2.4 Les secteurs d'activité économique

**La prévalence des demandes**

La majorité des demandes de retrait préventif est concentrée dans quatre secteurs d'activité économique. Ainsi, en 1985 :

- 33,9% des demandes sont issues des services médicaux;
- 21,1% du secteur manufacturier;
- 17,7% du commerce;
- 17,4% des autres services[16].

Cette répartition de la demande s'est toutefois modifiée au cours de la période. La part de demandes provenant du secteur manufacturier a diminué de 1981 à 1985, passant de 33,3% à 21,1%. L'enseignement a vu, lui aussi, sa part relative diminuée au cours des ans, bien que très légèrement (de 2,6% en 1982 à 2% en 1985). Enfin, la proportion de demandes issues des services médicaux a constamment augmenté au cours de la période (de 19,6% en 1981 à 33,9% en 1985)[17].

**Les taux de refus**

**Les secteurs d'activité économique dont les travailleuses ont connu en 1985 les plus hauts taux de refus sont, par ordre d'importance :**

- **l'administration publique (42,4%);**
- **la construction (28,2%);**
- **les transports et communications (26,2%);**
- **les finances (25,2%);**
- **l'enseignement (24,3%)[18].**

À l'inverse, les taux de refus les plus bas se retrouvent dans le secteur commerce (7,8%) et dans celui des autres services (9,5%)[19].

**Les taux d'utilisation**

**Les plus hauts taux d'utilisation rencontrés au fil des ans proviennent de trois secteurs : le commerce, les services et le secteur manufacturier.** On constate que le **secteur manufacturier** a perdu la première place relativement à la proportion des travailleuses enceintes qui ont obtenu un retrait préventif au profit des deux autres secteurs, particulièrement celui du commerce et ce, pour la première fois en 1985[20]. La forte proportion de demandes refusées est responsable de cette situation (le taux de refus est passé de 6,7% en 1984 à 13,2% en 1985)[21].

**Les travailleuses enceintes qui se prévalent le moins du retrait préventif proviennent de l'administration publique, des transports et communications et de la construction[22].** (Tableau 8)

### 2.2.5 Les utilisatrices selon la région

**Les taux de recours**

**En 1985, plus de 50% des demandes sont localisées dans la région de Montréal et 15,7% dans celle de Québec[23].** Compte tenu de l'importance relative de la population, il fallait s'attendre à ce que les demandes de retrait préventif proviennent principalement de ces deux régions. (Tableau 9)

**Les taux d'utilisation**

Toutefois, lorsque l'on considère le taux d'utilisation de la mesure, c'est-à-dire, rappelons-le, la proportion des travailleuses qui se sont prévalues du retrait préventif par rapport au nombre de travailleuses enceintes de chaque région, **on constate que la mesure a été la plus utilisée en 1985 dans les régions :**

- **du Saguenay—Lac St-Jean (31,5%);**
- **de l'Estrie (21,9%);**
- **de Québec (20,8%);**
- **du Bas St-Laurent (20,1%).**

À l'inverse, c'est dans la région Mauricie—Bois-Francs que le taux d'utilisation est le plus faible (4,3%)[24].

Différentes hypothèses ont été explorées pour expliquer les variations importantes dans les taux d'utilisation des régions. À titre

d'exemple, le haut taux d'utilisation du Saguenay—Lac St-Jean pourrait s'expliquer à la fois par une très forte concentration de la main-d'oeuvre féminine dans le secteur des services, par un taux de syndicalisation des travailleuses relativement important et par des taux de refus sensiblement inférieurs à la moyenne. Pour d'autres régions, comme la Mauricie où le taux d'utilisation est très faible, on invoque le haut taux de refus (32,5% en 1985)[25] et une plus grande proportion de réaffectations. Des politiques de gestion plus libérales dans les DSC et au bureau régional de la CSST de certaines régions expliqueraient également des taux d'utilisation élevés; à l'inverse, des politiques plus sévères dans certaines régions expliqueraient des taux d'utilisation plus faibles.

### 2.2.6 Le facteur de risque lié au poste de travail

Quelles sont les raisons qui motivent une demande de retrait préventif. Voici quels sont les facteurs de risque inscrits dans les certificats médicaux en 1985, par ordre décroissant :

- les irritants de nature ergonomique (77,1%);
- la présence de produits chimiques (8,4%);
- la présence d'agents physiques (vibrations, radiations, température)(5,6%);
- les agresseurs contre la sécurité du travail (5,3%);
- les agents biologiques ou infectieux (3,6%).

Notons que la proportion de retraits préventifs consentis en raison de la présence d'un irritant ergonomique est de loin la plus importante et n'a fait que s'accroître depuis 1981, passant de 62,8% à 77,1%. Inversement, la proportion de retraits préventifs attribuable à la présence d'agents chimiques (de 13,3% à 8,4%) et physiques (de 13,3% à 5,6%) n'a fait que diminuer[26]. (Tableau 10)

**L'irritant ergonomique**

L'irritant de nature ergonomique décomposé en divers éléments montre que c'est la charge physique du travail (pousser, soulever des charges...) qui est invoquée le plus fréquemment avec une part relative qui s'établit, bien qu'elle ait quelque peu diminué depuis 1981, à 39,4% en 1985. Vient au deuxième rang la posture debout avec 21,6% en 1985; part qui est d'ailleurs demeurée relativement stable au cours de la période. Suivent les "autres risques ergonomiques" avec 12,9%, les autres postures (autres que debout ou assise) avec 9,5%, le rythme et la charge de travail avec 6,7%, la posture assise avec 6,2% et enfin l'horaire de travail avec 3,7%[27].

**L'agresseur chimique**

Chez les "autres ouvrières" (conductrices de machines, usineuses, ouvrières des industries de la fabrication autres que le vêtement), l'agresseur chimique est retenu par 58,6% des utilisatrices. La présence d'agents chimiques dans l'environnement de travail est également importante pour cinq autres catégories professionnelles :

- le personnel médical autre qu'infirmier (26,7%);
- les manutentionnaires (20%);
- les professionnelles comme les chimistes et les techniciennes en laboratoire (18,8%);
- les employées des services comme les coiffeuses et les préposées à l'entretien des vêtements (16,4%);
- les ouvrières de la transformation (14,9%)[28].

**Les autres facteurs**

Pour le personnel enseignant, on note que deux autres facteurs de risque (après l'irritant ergonomique) prennent une part relativement

importante : l'agresseur contre la sécurité au travail (agressions physiques) et l'agent biologique (exposition au virus, par exemple) sont invoqués dans 26,9% et 12,9% des certificats médicaux.

Une autre profession qui présente une particularité intéressante est celle des ouvrières du vêtement. Pour ces travailleuses, ce sont les agents physiques qui viennent au second rang dans les facteurs de risque avec un poids relatif de 15,8%[29].

**Les disparités régionales**

L'étude du GRASP/sst montre des écarts régionaux importants en ce qui concerne l'importance relative des divers facteurs de risque; écarts qui ne s'expliqueraient pas uniquement par des différences dans les structures d'emploi des régions. **Ces écarts seraient vraisemblablement le résultat de divergences dans l'évaluation des demandes faites par les directions régionales de la CSST et les DSC en ce qui a trait à la reconnaissance de certains facteurs de risque. La conséquence : le même facteur de risque associé à une catégorie professionnelle donnée ne semble pas donner droit au retrait préventif dans toutes les régions.** Selon les auteurs, les importantes variations dans les taux de refus d'une région à l'autre ne pourraient s'expliquer que par des différences dans les politiques régionales de gestion[30].

**La perception des risques par les travailleuses**

Le sondage effectué par le GRASP/sst auprès d'un échantillon de travailleuses ayant bénéficié d'un retrait préventif en 1984 et 1985 va, au moyen d'un questionnaire, au-delà de ces raisons officielles et fait état de la **perception des utilisatrices quant au facteur de risque reconnu à leur poste de travail.** La CSST ne tient compte que d'un seul des facteurs de risque invoqués dans le certificat médical de

la travailleuse. La population enquêtée estime, elle, être en présence de plus d'un facteur de risque à son poste de travail. Bien que la prudence soit de rigueur dans l'examen des perceptions, les résultats du sondage montrent que la procédure de la CSST fait en sorte que la plupart des facteurs de risque sont sous-estimés, plus particulièrement :

- pour les ouvrières (soit les plus grandes utilisatrices du retrait préventif), l'agresseur contre la sécurité du travail est invoqué dans une proportion quinze fois plus importante que celle qui est inscrite à leur dossier médical;
- pour les travailleuses de la santé, le risque biologique est trois fois plus important selon les répondantes que ce qu'en disent les données de la CSST. Les écarts sont tout aussi importants dans le cas de l'agresseur contre la sécurité du travail et le facteur de risque physique;
- pour les employées des services qui sont aussi d'importantes utilisatrices du retrait, les plus grands écarts ont trait à l'agresseur contre la sécurité du travail et au facteur de risque chimique;
- quant aux vendeuses, les écarts les plus importants ont été identifiés au niveau de la posture de travail et de l'agresseur contre la sécurité du travail[31].

**Les motifs invoqués par les requérantes**

Le sondage du GRASP/sst traite également des motifs qui ont incité les travailleuses à se prévaloir du retrait préventif. **La grande majorité d'entre elles (58,3%) invoque des "conditions de travail reconnues préjudiciables pour l'issue de grossesse".** Il s'agit soit d'une exposition à un facteur de risque au poste de travail uniquement ou soit d'une exposition à un facteur de risque auquel s'ajoutent d'autres motivations : antécédents obstétricaux ou problèmes dans le déroulement de la grossesse principalement.

Toutefois, près de 42% des répondantes expriment des motifs autres que la présence d'un facteur de risque reconnu au poste de travail : présence d'antécédents obstétricaux ou de problèmes dans le déroulement

de la grossesse, fatigue ou stress causés par le travail, inconfort au poste de travail, désir d'allonger le congé prénatal[32].

Selon les auteurs, certains motifs exprimés par les répondantes semblent loin des facteurs reconnus donnant droit au retrait préventif puisque "pour 83,5% d'entre elles, la présence d'un agresseur au poste de travail est signalée dans le certificat médical"[33]. Il s'agit, comme nous l'avons vu, de perceptions et la majorité d'entre elles déclarent avoir été incitées à entreprendre une démarche en raison de problèmes dans le déroulement de leur grossesse qu'elles estiment susceptibles d'être aggravés par le travail qu'elles exercent. Ceci démontre l'étroite interaction qui existe entre les facteurs de risque liés au travail et la condition de santé précaire de la travailleuse enceinte; la distinction est parfois difficile à établir.

### 2.2.7 Le diagnostic médical lié au retrait préventif

**Le droit au retrait préventif est accordé seulement si la travailleuse est exposée à un facteur de risque reconnu à son poste de travail. Le diagnostic médical, quant à lui, fait état des conditions médicales de la travailleuse enceinte à qui on a recommandé le retrait préventif. Le retrait préventif n'est jamais accordé pour des raisons médicales personnelles uniquement.** Au cours de la période 1981-1985, deux utilisatrices du retrait préventif sur trois avaient un diagnostic de haut risque ou de pathologie de la grossesse inscrit à leur certificat médical. Pour une utilisatrice sur trois, on avait diagnostiqué une grossesse normale[34].

Selon le sondage GRASP/sst, les utilisatrices du retrait préventif ne sont pas plus nombreuses que les non-utilisatrices à avoir eu des problèmes lors de grossesses antérieures[35]. À l'inverse, cependant, elles sont deux fois plus nombreuses à avoir rencontré des problèmes pendant la grossesse visée par le retrait préventif. Elles n'ont pas

de comportements plus préventifs que les non-requérantes et se déclarent presque en aussi bonne santé qu'elles en dehors des périodes de grossesse[36].

### 2.2.8 Les utilisatrices selon l'appartenance à un syndicat

Selon l'étude GRASP/sst, 58,1% des utilisatrices du retrait préventif en 1984 et 1985 étaient syndiquées. Cette proportion est très élevée lorsqu'on la compare au taux de syndicalisation des femmes en emploi au Québec, lequel se situe à environ 30%[37]. Les syndiquées sont surreprésentées dans tous les secteurs d'activité qui ont généré une demande de retrait préventif, sauf dans l'enseignement. Cette surreprésentation est particulièrement importante dans le secteur du commerce : 42,5% des utilisatrices du retrait préventif dans ce secteur étaient syndiquées alors que le taux de syndicalisation des travailleuses du commerce est de 8,6%[38].

Ces quelques données montrent bien que l'appartenance à un syndicat a un lien avec la demande de retrait préventif. Être syndiquée pourrait signifier une meilleure information sur l'existence de la mesure et des risques liés aux conditions de travail. Un meilleur soutien dans la démarche de la part du syndicat peut également inciter à se prévaloir d'une mesure comme le retrait préventif.

## 2.3 La présence des facteurs de risque dans les milieux de travail

Sommes-nous en mesure d'affirmer que les femmes des catégories professionnelles les plus exposées aux différents facteurs de risque sont aussi celles qui se prévalent du retrait préventif? Les facteurs de risque présents dans les différents milieux de travail sont-ils bien

connus? Pour répondre à ces questions, il convient d'explorer les différentes recherches qui identifient les principaux facteurs de risque auxquels sont exposées les travailleuses enceintes.

### 2.3.1 Limites des études

Selon l'enquête de Renaud et Turcotte, peu de recherches ont porté sur la santé au travail des femmes et sur les risques auxquels elles sont exposées. Les quelques études qui existent comportent, selon eux, des limites évidentes parce que[39] :

- le seuil d'exposition aux différents facteurs de risque est difficile à déterminer et il est également difficile d'isoler l'interrelation des différents facteurs entre eux;
- l'évaluation de l'issue de grossesse est également difficile à faire puisqu'une bonne part des avortements spontanés et des malformations mineures ne sont pas déclarés;
- les différentes méthodologies utilisées rendent également les généralisations difficiles et les enquêtes rétrospectives présentent des limites incontestables [...] ainsi, les travailleuses qui font face à une issue de grossesse malheureuse rapportent de façon plus précise les conditions de travail pénibles;
- enfin, le caractère évolutif des situations de travail constitue un obstacle important à la recherche. Ainsi, la liste des substances toxiques ne cesse d'augmenter : aux États-Unis seulement, entre 700 et 3 000 nouveaux produits chimiques sont introduits chaque année dans l'industrie. Les effets de la plupart de ces substances sur la santé en général et le système reproducteur en particulier sont inconnus et des normes sont établies pour tout au plus une vingtaine d'entre elles.

### 2.3.2 Quelques faits saillants

Voici quels sont les principaux constats que l'enquête du GRASP/sst dégage de la synthèse de ces recherches et de sa revue de littérature :

1. **"L'activité professionnelle ne constitue pas en soi un facteur de risque pour l'issue de la grossesse."[40]**

2. **"L'exposition à certains produits chimiques, à certains agents physiques et à certains agents infectieux présents dans les milieux de travail apparaissent préjudiciables à l'issue de grossesse."[41]**

Selon les recherches, il y aurait vraisemblablement un lien entre la prévalence d'avortements spontanés et le fait de travailler[42] :

a) en laboratoire d'hôpital ou d'industrie pharmaceutique avec des solvants, hormones et agents de stérilisation;

b) dans la métallurgie avec le plomb, le cuivre, le zinc, l'arsenic et les vapeurs de soudure;

c) dans l'industrie des matières plastiques, du caoutchouc et du textile synthétique avec plusieurs produits chimiques;

d) dans les quartiers opératoires avec des gaz anesthésiants.

De la même façon, il existerait une relation entre la présence de malformations de la progéniture et le travail des femmes enceintes[43] :

a) dans certains secteurs hospitaliers, laboratoires, centres d'hémodialyse (dans les postes qui comportent une exposition à certains virus, aux radiations ionisantes et aux anesthésiques);

b) dans les raffineries de cuivre.

Enfin, certaines études notent un taux plus élevé de mortalités périnatales dans les cas où la mère travaille en laboratoire, dans l'industrie du cuir, du textile et de la métallurgie ou dans l'horticulture (avec des pesticides).

Même si elle est incomplètement connue, l'action néfaste de ces divers agents apparaît incontestable. "Il est intéressant de préciser à cet égard qu'au nombre des recommandations de l'Organisation internationale du travail sur la protection de la maternité figure l'interdiction pour les femmes enceintes des travaux industriels de peinture, ou comportant

l'utilisation du benzène, du zinc, du plomb et des radiations ionisantes", notent les auteurs de la recherche[44].

3. **"La fatique causée par une charge de travail élevée semble avoir un impact négatif sur l'âge gestationnel et le poids à la naissance."[45]**

Les indicateurs suivants ont été utilisés pour mesurer la charge de travail :

- "l'obligation de fournir des efforts physiques dynamiques, intenses et répétés;
- la posture debout immobile prolongée;
- le travail à la chaîne;
- des temps de travail hebdomadaires supérieurs à 40 heures...;
- le port de charges lourdes;
- le travail répétitif sous contrainte de temps;
- l'exposition aux vibrations et aux trépidations causées par une machine;
- des temps de transport supérieurs à 90 minutes."[46]

"Des différences significatives allant dans le sens d'un plus haut taux de prématurité et d'hypotrophie à la naissance ont été mises en évidence dans une majorité des études utilisant pour variables indépendantes la station debout prolongée, l'effort physique intense et répété, le travail à la chaîne et la durée hebdomadaire de travail."[47] Le taux de naissances prématurées et d'hypotrophie augmente nettement avec le cumul de ces conditions de travail pénibles, selon les auteurs.

4. **"À cause des conditions de travail qui leur sont associées, certaines professions ou occupations sont plus exposées que d'autres à des risques pour l'issue de la grossesse."[48]**

Quelles sont les professions visées? Les résultats des études répertoriées indiquent que certaines catégories socio-professionnelles sont plus exposées que d'autres aux issues de grossesse défavorables. Il s'agit, selon l'étude du GRASP/sst, :

- "**du personnel médical et paramédical**, en particulier des infirmières, des aides-infirmières et des techniciennes de laboratoire. Une étude française de Kaminsky et Saurel-Cubizolles montre que 12% des infirmières et 26% des aides-soignantes cumulent les facteurs de risque suivants : port de charges lourdes, posture debout prolongée et efforts physiques intenses. S'y ajoute pour certaines l'exposition à certains produits chimiques et agents biologiques"[49].

  "La profession infirmière semble de plus avoir connu des transformations importantes au cours des années, à l'origine d'une augmentation de la charge mentale de son travail (sic). L'alourdissement des clientèles, la réduction des durées de séjour des malades, des contrôles de gestion plus étroits sont à l'origine d'une intensification des soins médicaux. Par ailleurs, les changements technologiques exigent un rythme accéléré de nouvelles habiletés techniques en plus d'entraîner une fragmentation des tâches. Les infirmières se plaignent de ce que leur tâche soit devenue un travail à la chaîne. Résultat : une tension psychologique importante."[50]

- "**du personnel des services** (en particulier les concierges, femmes de ménage et femmes de chambre) qui doit fournir des efforts physiques importants en plus d'utiliser des machines industrielles produisant des vibrations. Celles qui travaillent en secteur hospitalier sont exposées à une température ambiante élevée en plus d'être en contact avec des produits toxiques et des agents biologiques."[51]

- "**des employées de commerce** : postes de caissières, associant le travail répétitif sous contrainte de temps et la station debout prolongée; postes de vendeuses, avec une station debout prolongée, le soulèvement de charges lourdes, les longues heures de travail."[52]

- "**des ouvrières**, plus nombreuses que toute autre catégorie d'emploi à travailler à la chaîne et dans une atmosphère bruyante, à fournir des efforts physiques importants dans l'accomplissement de leurs tâches, à être soumises à des vibrations causées par une machine, à effectuer un travail répétitif sous contrainte de temps. Utilisant les données de l'Enquête nationale sur les naissances (1981), Saurel-Cubizolles[1] estime à 21% la proportion des ouvrières qui cumulaient trois ou quatre conditions de travail pénibles au cours du premier trimestre de leur grossesse et à 54% la proportion de celles qui en évoquaient une ou deux."[53]

Selon les auteurs, "les contraintes de la production sont très différentes selon les secteurs d'activité. Bertucat et al. montrent, par exemple, pour un échantillon de travailleuses enceintes de la région Rhône-Alpes que la proportion des femmes soumises à au moins trois sources de fatigue professionnelle concomitantes est de 56% dans le secteur confection-chaussures et de 71% dans le secteur construction mécanique-électrique. Quelques études rapportent par ailleurs un excès d'avortements spontanés chez les ouvrières employées dans l'industrie pharmaceutique, du caoutchouc, des matières plastiques, du textile et de la métallurgie. Pour le Canada, A. McDonald note un risque plus élevé de donner naissance à un bébé de moins de 2 500 grammes chez les ouvrières qui travaillent dans les secteurs de l'agro-alimentaire, de l'habillement, des produits métalliques et électriques. L'étude canadienne confirme par ailleurs l'observation par une étude britannique d'un risque plus élevé de mortalité périnatale chez les travailleuses du cuir et, par une étude américaine, chez les travailleuses du textile."[54]

### 2.3.3 Les catégories professionnelles à risque et le recours au retrait préventif

Notre analyse de la littérature permet d'autre part de mieux saisir les différents facteurs de risque qu'ils soient chimiques, physiques, ergonomiques ou psychosociaux ainsi que leur impact sur la santé des femmes enceintes dans différentes catégories professionnelles. Elle nous permet de conclure :

a) que c'est le cumul de facteurs de risque ou de conditions de travail pénibles qui est responsable d'issues de grossesse malheureuses;

b) que l'exposition à certains produits chimiques et physiques est quotidiennement le lot du personnel médical comme les infirmières, les infirmières auxiliaires, les techniciennes de laboratoire, les radiothérapeutes. A cela s'ajoutent des agresseurs ergonomiques

comme la posture debout prolongée, le soulèvement de lourdes charges, les longues heures de travail. On a constaté des taux plus élevés d'avortements spontanés et d'anomalies congénitales chez ces catégories professionnelles. **Les travailleuses de la santé, rappelons-le, ont un important taux d'utilisation du retrait préventif;**

c) **que les ouvrières dans les industries du textile, de la bonneterie, de l'habillement, des aliments, du plastique, des produits métalliques et électriques, etc. cumulent plusieurs facteurs de risque.** En contact avec des solvants ou encore du plomb, elles exercent leurs activités dans des endroits où la température est soit excessivement élevée, soit excessivement basse. Elles travaillent généralement debout, parfois la nuit, déplacent des charges lourdes, surveillent des machines, tout cela dans un environnement qui peut être très bruyant. Ces travailleuses sont affectées plus que d'autres par des issues de grossesse malheureuses. **Ces constatations apportent des éléments de réponse au haut taux d'utilisation du retrait préventif des ouvrières des industries de la transformation entre autres;**

d) **que la catégorie des employées des services (comme les travailleuses des buanderies, les coiffeuses, les esthéticiennes, les préposées à l'entretien comme les femmes de chambre ou les concierges, le personnel de l'hôtellerie et de la restauration) est susceptible d'être en contact avec des produits chimiques (benzène, mercure), des risques physiques (rayonnements non ionisants, vibrations de machines, température) et des risques ergonomiques (posture, efforts physiques, horaires de travail); mentionnons que c'est une autre clientèle importante du retrait préventif;**

e) **que les vendeuses (incluant les caissières) qui sont aussi de grandes utilisatrices du retrait préventif cumulent quotidiennement plusieurs conditions de travail qui entraînent un niveau de fatigue professionnelle considéré comme pouvant affecter l'issue de la grossesse.**

Nous voyons donc que les risques pouvant être encourus par certaines travailleuses dans le cadre de leur emploi sont multiples et variés. Nous croyons cependant qu'il subsiste encore beaucoup d'incertitudes quant à l'importance du nombre de travailleuses exposées aux différents facteurs de risque. **L'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec (IRSST) pourrait s'intéresser à cette question afin de mieux la documenter. Par ailleurs, il y a suffisamment de données pour agir, vérifier les milieux de travail et mettre en place**

**des programmes de prévention qui soient adaptés aux conditions de travail de l'ensemble des femmes.** Dans le cadre du programme du retrait préventif, il faut compter au moins deux mois et demi entre le moment de la conception et celui où la travailleuse obtient une modification de son poste de travail, une réaffectation ou un retrait du milieu de travail. Or il est généralement reconnu que les malformations du foetus surviennent dans les premières semaines de grossesse; le retrait préventif, dans de telles conditions, pourrait être accordé trop tard.

On se préoccupe encore très peu des effets des conditions de travail sur la capacité de reproduction des travailleurs et travailleuses. Pourtant, certains résultats d'études analysées démontrent que cet aspect devrait être pris au sérieux lorsqu'il s'agit d'évaluer les milieux de travail des femmes et des hommes.

Les travailleuses enceintes, par le biais d'une demande de retrait préventif, permettent, dans bien des cas, de mettre à jour des conditions de travail qui pourraient être jugées malsaines, non seulement au moment d'une grossesse, mais de façon "générale" pour les autres travailleurs et travailleuses également. Cela suppose la modification de postes de travail et bien que la loi se soit donné comme objectif l'élimination à la source même des dangers pour la santé et la sécurité, nous verrons les problèmes que cela pose en relation avec la réaffectation.

## 2.4 En résumé

Voici quels sont les éléments principaux qui ressortent de l'utilisation actuelle du retrait préventif :

- **le nombre de retraits préventifs est passé de 1 241 en 1981 (année de l'entrée en vigueur du programme) à 14 337 en 1987;**

- le montant total des indemnités versées aux travailleuses enceintes a atteint 37,8 millions de dollars en 1987 et la proportion de demandes refusées se situe à 15%;

- si les coûts du programme et le nombre d'utilisatrices ont augmenté au cours de la période 1981-1987, en revanche, la durée de l'indemnisation de même que les prestations moyennes reçues par les utilisatrices du programme n'ont fait que diminuer depuis;

- la majorité des utilisatrices obtiennent un retrait préventif au cours du deuxième trimestre de leur grossesse;

- le taux d'utilisation de la mesure, c'est-à-dire la proportion des travailleuses enceintes qui ont eu un retrait préventif par rapport à l'ensemble des travailleuses qui ont reçu des prestations de maternité, atteint 27,8% en 1987. Bien que ce taux soit surestimé, le nombre de plus en plus élevé d'utilisatrices du retrait préventif ne peut s'expliquer par l'accroissement du nombre de travailleuses enceintes. Une meilleure connaissance des dangers des milieux de travail et une meilleure information sur la mesure pourraient être à l'origine de cette croissance;

- les plus hauts taux d'utilisation de la mesure proviennent de quatre catégories professionnelles : les travailleuses de la transformation (comme les ouvrières du textile), les employées des services (comme les serveuses), les travailleuses de la santé (comme les travailleuses des laboratoires et les aides-infirmières) et les vendeuses.

- le facteur de risque invoqué le plus fréquemment par les requérantes est de nature ergonomique (77,1% des certificats médicaux en 1985). Plus particulièrement, c'est la charge physique du travail qui revient le plus souvent. Toutefois, certains autres facteurs de risque sont importants lorsqu'on les répartit selon les catégories professionnelles, tels l'agresseur chimique pour les "autres ouvrières", le personnel médical autre qu'infirmier, les manutentionnaires, les techniciennes de laboratoire — l'agresseur contre la sécurité du travail et le facteur de risque biologique pour le personnel enseignant — et les agents physiques chez les ouvrières du vêtement;

- des disparités régionales relatives aux facteurs de risque rencontrés sur les lieux de travail ont été constatées; disparités qui s'expliqueraient non seulement par des structures d'emploi régionale différentes, mais également par des divergences dans la gestion du programme par les directions régionales de la CSST ou du DSC;

- les requérantes interrogées dans le cadre de l'enquête GRASP/sst estiment que le mode de codification des facteurs de risque utilisé par la CSST qui ne tient compte que d'un seul facteur est inadéquat; les requérantes étant, selon elles, en présence de plus d'un facteur de risque dans leur environnement de travail;

- on constate que la grande majorité des requérantes interrogées ont invoqué, soit uniquement l'exposition à un facteur de risque ou soit l'exposition à un facteur de risque auquel s'ajoutent des problèmes dans le déroulement de la grossesse comme motifs qui les ont incitées à demander un retrait préventif. Quant au certificat médical, dans 66% des cas, on y retrouvait inscrit un diagnostic de haut risque ou de pathologie de la grossesse, alors que dans les autres cas, il s'agissait d'une grossesse normale;

- les utilisatrices interrogées ont une perception relativement semblable à celle des non-utilisatrices quant à leur état de santé en dehors des périodes de grossesse; elles se considèrent en très bonne santé dans une proportion qui voisine celle des travailleuses qui n'ont pas eu recours au retrait préventif. Elles ont un comportement préventif qui s'apparente à celui des autres travailleuses, pas plus;

- les travailleuses syndiquées sont surreprésentées parmi les utilisatrices interrogées; en conséquence, on est en droit de se demander jusqu'à quel point les travailleuses à risque dans les petites entreprises et les petits commerces où il n'y a pas de syndicat sont vraiment rejointes par la mesure;

- les utilisatrices du retrait préventif sont surtout dans les catégories professionnelles identifiées dans les diverses études comme étant plus exposées aux différents facteurs de risque reliés à des issues de grossesse malheureuses;

- les études sur le degré d'exposition des travailleuses aux différents facteurs de risque et leurs incidences sur la grossesse et l'enfant à naître sont encore à l'état rudimentaire; elles mériteraient d'être développées bien davantage, ce qui pourrait être une responsabilité de l'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail.

**NOTES**

1. Marc RENAUD et Geneviève TURCOTTE, Comment les travailleuses enceintes voient leur travail, ses risques et le droit au retrait préventif, GRASP/sst, Montréal, juillet 1988, tableau D, p. 21.
2. CSST, Rapport annuel, Québec, 1986 et 1987.
3. CSST, Rapport annuel, Québec, 1981 à 1987.
4. Ibid.
5. Marc RENAUD et Geneviève TURCOTTE, op. cit., tableau 6.22, p. 364 et tableau 6.24, p. 366.
6. Ibid., tableau 6.20, p. 360.
7. Retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite - Statistiques 1981-1984, Québec, CSST, 1986, tableau 9, p. 60.
8. Ibid., tableaux H et 8, p. 14 et 59.
9. Marc RENAUD et Geneviève TURCOTTE, op. cit., tableau 2.1, p. 80.
10. Ibid., tableau 2.2, p. 82.
11. Ibid.
12. Ibid.
13. Ibid., tableau 2.3, p. 84.
14. Ibid., tableau 2.4, p. 86.
15. Ibid., p. 131
16. Ibid., tableau 2.5, p. 88.
17. Ibid.
18. Ibid., tableau 2.6, p. 90.
19. Ibid.
20. Ibid., tableau 2.7, p. 91.
21. Ibid., tableau 2.6, p. 90.
22. Ibid., tableau 2.7, p. 91.
23. Ibid., tableau, 2.9, p. 93.

24. Ibid., tableau 2.10, p. 96.
25. Ibid., tableau 2.13, p. 101.
26. Ibid., tableau 3.1, p. 138.
27. Ibid., tableau 3.2, p. 139.
28. Ibid., tableau 3.3, p. 141.
29. Ibid.
30. Ibid., p. 144.
31. Ibid., tableau 3.7A, p. 157.
32. Ibid., tableau 3.8, p. 161.
33. Ibid., p. 159.
34. Ibid., tableau 5.1, p. 260.
35. Ibid., p. 261.
36. Ibid., p. 271.
37. Ibid., p. 114-115.
38. Ibid., graphique 2.3, p. 119.
39. Ibid., p. 53 à 55.
40. Ibid., p. 56.
41. Ibid., p. 59.
42. Ibid., p. 59-60.
43. Ibid., p. 60.
44. Ibid.
45. Ibid., p. 61.
46. Ibid.
47. Ibid.
48. Ibid., p. 66.
49. Ibid.
50. Ibid., p. 67.

51. Ibid.

52. Ibid.

53. Ibid., p. 67-68.

54. Ibid., p. 68-69.

## 3. LES PROBLÈMES IDENTIFIÉS DANS L'APPLICATION DU RETRAIT PRÉVENTIF

Les études sur le retrait préventif permettent de mettre en lumière certains problèmes relatifs à l'administration de la mesure. Ils concernent notamment son accessibilité, les délais, le droit de refus, la contestation des certificats médicaux, le maintien des avantages liés à l'emploi, la réaffectation.

### 3.1 L'accessibilité du retrait préventif

La très large admissibilité au retrait préventif n'en garantit pas nécessairement l'accès à toutes les travailleuses qui pourraient avoir besoin de s'en prévaloir. En effet, des études constatent que le degré d'information sur la mesure, l'appartenance à un syndicat, l'attitude et le support des médecins, des employeurs et des collègues et l'information quant à l'existence des risques sont encore des facteurs qui influencent la décision des femmes de recourir à cette mesure de protection.

#### 3.1.1 L'information

Jusqu'à quel point le retrait préventif est-il connu dans les milieux de travail? Les données du GRASP/sst montrent que près de deux requérantes sur trois en 1984-1985 n'étaient pas les premières à faire une demande de retrait préventif dans leur milieu de travail. Dans le secteur des services médicaux et de l'industrie manufacturière, cette proportion est de près de huit sur dix. Celles qui ont créé un précédent dans leur milieu de travail, provenaient principalement du secteur des services privés et des services aux entreprises, de la

finance et de l'administration publique (entre 63% et 71% des requérantes)[1]. De plus, là où il n'y avait pas de syndicat, six des requérantes sur dix étaient les premières à faire une demande de retrait préventif alors que là où il y avait un syndicat, huit requérantes sur dix n'étaient pas les premières à s'en prévaloir[2].

**Les employées des services et les employées de bureau — incluant les caissières — ont été nombreuses à demander un retrait préventif :** environ six requérantes sur dix de ces deux catégories professionnelles ont été les premières dans leur milieu de travail à l'obtenir. Cela laisse supposer que la mesure était moins bien connue dans ces deux catégories professionnelles.

### 3.1.2 Les sources d'information

Selon les requérantes, l'information émanerait en premier lieu du médecin traitant. Son attitude positive aurait également un impact sur la décision de se prévaloir de la mesure. Les compagnes de travail jouent également un rôle important dans la décision de recourir au retrait préventif; une proportion importante de requérantes ont appris l'existence de la mesure par cette voie. Les autres sources d'information citées par les requérantes sont les amis ou la famille, le délégué syndical, le médecin de l'établissement, le représentant du comité de santé-sécurité, l'employeur, la publicité ou le cours prénatal[3]. On se souviendra que l'enquête GRASP/sst a montré que 58,1% des répondantes qui avaient utilisé le retrait préventif étaient syndiquées alors que le taux de syndicalisation des travailleuses québécoises est d'environ 30%. Cet écart a été constaté dans tous les secteurs d'activité, mais il est particulièrement marqué dans le secteur du commerce où 42,5% des répondantes étaient syndiquées alors que le taux de syndicalisation est de 8,6% dans ce secteur[4].

Si les syndiquées recourent davantage au retrait préventif que les non syndiquées, ce n'est pas uniquement parce qu'elles sont susceptibles d'obtenir plus d'information, mais également parce qu'elles peuvent compter sur l'appui de leur syndicat dans leurs démarches[5].

### 3.1.3 La qualité de l'information

L'enquête GRASP/sst mentionne que près du tiers des requérantes s'estiment insuffisamment informées ou relèvent des contradictions dans l'information qu'elles reçoivent[6].

L'information concerne, au premier chef, toute la question de la réaffectation. En effet, les travailleuses semblent particulièrement mal informées sur la nécessité de demander une réaffectation. L'image que les médias répandent du retrait préventif et l'exemple des compagnes de travail renforcent sans doute cette impression, à savoir que le retrait préventif consiste en un retrait du travail et non d'un poste de travail en particulier. Cette mauvaise information produit souvent de la déception et de la frustration chez les requérantes réaffectées qui croyaient avoir droit à un retrait du travail[7].

L'accessibilité à la mesure dépend également de l'information possédée sur l'existence des risques en milieu de travail. Si la recherche en santé et sécurité liée au travail des femmes est, comme on l'a vu précédemment, encore limitée, les connaissances des travailleuses quant aux risques relatifs à leur milieu de travail le sont encore probablement davantage. Ce manque de connaissances peut donc empêcher certaines travailleuses d'avoir recours à la protection que représente le retrait préventif. Certains agresseurs n'étant pas encore clairement identifiés comme des facteurs de risque spécifiques, les travailleuses ne les percevraient pas comme nocifs et seraient plutôt portées à attribuer leurs malaises ou leurs problèmes de santé à leur état de grossesse uniquement.

Les travailleuses auraient besoin d'être mieux informées sur les effets de certains produits ou agresseurs sur leur santé ou sur celle de leurs enfants à naître. La qualité de cette information dépend de la CSST, des médecins des DSC et des établissements, des syndicats, des employeurs, mais aussi du médecin traitant.

### 3.1.4 Le rôle du médecin traitant

On l'a vu, plusieurs femmes apprennent l'existence du retrait préventif par l'entremise de leur médecin traitant au moment de leur grossesse. La plupart des médecins vérifient auprès de la travailleuse enceinte le niveau de danger de ses activités professionnelles avant de recommander le recours au retrait préventif. Cependant, il semble, selon les quelques études, individus ou organismes consultés, que certains médecins s'inquiéteraient peu des dangers que la travailleuse rencontre dans son travail. Certains autres refuseraient d'évaluer une demande de retrait préventif parce qu'ils ne veulent pas s'occuper de démarches administratives, parce qu'ils sont en désaccord avec le principe même de la mesure ou encore parce qu'ils ne la connaissent pas. Cependant, les médecins des travailleuses victimes d'issues de grossesse malheureuses dans le passé seraient plus sensibles au caractère préventif de la loi, plus prudents et plus attentifs aux conditions de travail de ces patientes[8].

Certains médecins enfin, sans doute peu au fait des exigences de la loi, auraient tendance à présenter le retrait préventif comme un congé de grossesse plutôt qu'une mesure de protection contre des dangers professionnels, d'où une déception chez la travailleuse lorsqu'il y a réaffectation[9].

### 3.1.5 Le rôle du médecin du DSC

Le médecin-conseil du DSC est aussi un intervenant très important dans le processus de demande d'un retrait préventif. En effet, le médecin traitant doit le consulter relativement à l'évaluation des risques reliés au travail d'une requérante. **Le médecin du DSC doit informer les femmes sur les démarches à suivre pour avoir droit à un retrait préventif, éduquer les travailleuses et les médecins traitants et décider où et qui réaffecter lorsqu'une demande est acceptée.** Il a donc un important rôle à jouer dans l'information auprès des travailleuses, et des études démontrent qu'il peut, soit décourager certaines demandes, soit en reporter d'autres entièrement justifiées, mais considérées trop hâtives selon les critères. Nous ne croyons pas que cette tendance soit généralisée, mais il n'en demeure pas moins que cette situation laisse supposer qu'il y a aussi un manque d'information.

On note également le fait que des médecins de DSC procèdent parfois à une évaluation superficielle du poste de travail uniquement auprès de l'employeur. À ce sujet, rappelons que le Comité provincial en santé au travail des DSC qui a mis sur pied le projet "Grossesse et travail" vise à "coordonner les efforts des professionnels des DSC, particulièrement des médecins, pour obtenir un traitement plus uniforme des demandes dans un souci d'équité pour les travailleuses enceintes et de respect des normes ou conventions scientifiques actuelles"[10].

Le CSF est favorable à une telle initiative et considère souhaitable que les médecins des DSC travaillent à développer des consensus sur la santé au travail auxquels ils pourront se référer. Toutefois, compte tenu de l'incertitude qui règne encore relativement aux connaissances scientifiques, **nous espérons que les travaux de ce comité seront utilisés comme des outils et des guides et non pas comme des normes et critères précis que ces professionnels ne feraient qu'appliquer rigidement. L'objectif de la loi est la prévention; chaque cas est différent et en cas de doute il doit être évalué selon ses particularités.**

Nous espérons en effet que ce comité ne se limitera pas à fixer, en fonction de la profession, le nombre de semaines de grossesse nécessaires pour avoir droit au retrait préventif. On se rappellera à ce sujet que la durée du retrait préventif a diminué au cours des ans. Les travailleuses sont en effet de plus en plus nombreuses à obtenir un retrait préventif au cours du deuxième trimestre de la grossesse (de 49,5% en 1981 à 55,7% en 1985)[11] et ce, quel que soit le facteur de risque invoqué. Cette tendance pourrait-elle se généraliser au point de devenir une norme rigide pas toujours adéquate?

### 3.1.6 Le partage des rôles entre les médecins et la CSST

Comme nous l'avons vu, depuis mai 1987, la CSST considère qu'elle n'est plus liée par le certificat médical et que, dans l'évaluation d'une demande, c'est l'opinion du médecin du DSC qui prédomine. On peut donc s'interroger sur l'utilité du médecin traitant dans le processus alors que c'est lui qui connaît le mieux la travailleuse. Nous nous questionnons également sur le rôle que joue le médecin du DSC puisque la CSST n'est pas liée par son opinion.

Depuis 1987, c'est la CSST qui, en dernière instance, statue sur le droit à l'indemnité d'une travailleuse enceinte[12]. Le médecin traitant et celui du DSC ont vu leur rôle modifié et deviennent consultatifs dans le processus. Il nous apparaît important de mieux clarifier le rôle de ces deux intervenants.

Si des lignes minimales sont nécessaires aux professionnels pour qu'ils soient en mesure d'apprécier efficacement et équitablement une demande de retrait préventif, nous croyons qu'une étape préliminaire est essentielle : il s'agit d'améliorer nos connaissances des milieux de travail où les femmes se retrouvent le plus fréquemment. À cet effet, nous croyons qu'il y aurait lieu de mettre sur pied un comité d'experts et d'expertes en santé et en sécurité du travail chargé, d'une part,

d'identifier les postes de travail occupés par les utilisatrices du retrait préventif et, d'autre part, d'analyser ces postes de travail et de proposer des correctifs aux employeurs afin qu'ils éliminent les conditions de travail qui sont malsaines pour la santé de la travailleuse enceinte ou qui allaite ou pour celle de l'enfant à naître. Ce comité pourrait axer, au départ, ses travaux sur les milieux de travail où les taux d'utilisation du retrait préventif sont les plus élevés. Ces experts et expertes pourraient provenir du milieu de la recherche et des DSC. Rappelons que la création de cet organisme a été proposée dans le rapport (1984) du Comité interministériel.

### 3.1.7 Le rôle des employeurs

L'employeur a également un rôle important à jouer dans l'application du retrait préventif. La recherche du GRASP/sst indique que près des deux tiers (62%) des employeurs ont accepté la requête de la travailleuse, que 22,7% ont été réticents et que 14,3% ont contesté officiellement la demande du retrait préventif[13]. D'autres études démontrent que certains employeurs, en désaccord avec le retrait préventif, tentent de dissuader leur employées de s'en prévaloir en exerçant des pressions, ou par la menace de congédiement, la réduction des heures, etc.

Les employeurs préfèrent le retrait complet du travail plutôt qu'une réaffectation qu'ils considèrent difficile à réaliser et souvent inefficace. Cela semble le cas, selon certaines études, dans le secteur de la restauration[14], des marchés d'alimentation[15] et de l'industrie du cuir, du vêtement et du textile[16]. Ce phénomène est lié aux difficultés réelles de la réaffectation, comme nous le verrons, mais démontre également un manque d'information sur les objectifs de la mesure et sur son fonctionnement et occasionne la montée des coûts du programme.

Enfin, des problèmes sont signalés concernant les difficultés de paiement des cinq premiers jours d'absence qui sont aux frais de l'employeur[17-18].

### 3.1.8 L'influence des collègues de travail

**Les analyses indiquent que le fait de demander un retrait préventif a un effet d'entraînement sur les compagnes de travail, l'exemple devenant une source d'information. Ce phénomène peut aussi jouer en sens inverse et dissuader une travailleuse de demander un retrait préventif, justifié dans son cas, parce que les demandes de ses compagnes ont été refusées.**

L'attitude des collègues envers la travailleuse enceinte peut également l'influencer dans sa décision de demander ou non un retrait préventif. En effet, il apparaît que, dans certains milieux, la travailleuse enceinte qui bénéficie d'une réaffectation ou d'un retrait du travail est considérée comme privilégiée par rapport à ses collègues qui doivent subir des conditions difficiles et parfois même absorber un surplus de travail si la travailleuse absente n'est pas remplacée. Par crainte de brouiller ses relations avec ses collègues, une travailleuse peut renoncer à son droit au risque de sa santé ou de celle de son enfant à naître. L'information véhiculée doit donc être claire afin que les travailleuses comprennent bien que chaque cas doit faire l'objet d'une étude et d'une recommandation particulières.

**Il nous apparaît essentiel et urgent que la CSST assume une meilleure information à l'intention de tous les intervenants et intervenantes en mettant principalement l'accent sur les droits des travailleuses enceintes à un milieu de travail sain et sur les devoirs et le rôle de chacun. Elle devra également clarifier le rôle qu'elle-même entend jouer dans le processus de demande de retrait préventif.**

## 3.2 Les délais

**Une exposition à certains agresseurs au tout début de la grossesse peut occasionner des conséquences graves pour la mère ou pour son enfant à**

**naître. C'est pourquoi les demandes de retrait préventif doivent être traitées avec rapidité et efficacité.** Les requérantes se plaignent de délais tout au long de leurs démarches et du trop grand nombre d'intervenants. Ainsi, au premier rang des problèmes identifiés par les 58% des requérantes (selon GRASP/sst) qui disent avoir rencontré des difficultés dans l'exercice du droit au retrait préventif, viennent la lourdeur et la longueur des démarches[19].

Des délais peuvent effectivement se produire à chaque étape de la demande :

- le médecin peut, dans certains cas, négliger de communiquer immédiatement avec le DSC pour obtenir une évaluation du poste. Les données du GRASP/sst montrent que dans 40% des cas et contrairement à ce que prescrit la CSST, c'est la requérante elle-même qui s'est occupée de faire parvenir une copie de son certificat médical à la CSST ou au DSC[20];

- des délais sont souvent notés à l'étape de l'évaluation du poste au DSC. D'après nos consultations, les DSC ne disposeraient pas des resssources nécessaires pour répondre rapidement et efficacement aux demandes. Ce manque de personnel favoriserait également des évaluations superficielles qui pourraient priver certaines requérantes d'une protection à laquelle elles ont droit;

- les employeurs peuvent également être responsables d'un délai s'ils négligent de transmettre rapidement les demandes de prestations à la CSST. Un règlement apparaissant sur la première page du formulaire à l'usage de l'employeur stipule pourtant que celui-ci doit faire parvenir "l'avis de l'employeur" à la CSST dans les deux jours suivant la présentation du certificat médical. La CSST attend d'avoir en main tous les documents, y compris cette demande de prestations, avant de rendre une décision finale. À titre d'exemple, près du quart des employeurs du sondage du GRASP/sst n'ont pas fait parvenir "l'avis de l'employeur" à la CSST dans les délais prescrits[21].

**D'après les informations recueillies, il s'écoulerait en moyenne de six à huit semaines entre la visite chez le médecin traitant et la décision finale de la CSST.** Bien sûr, une travailleuse enceinte peut exiger une réaffectation ou un retrait du milieu de travail dès qu'elle présente à son employeur un certificat médical valide. Toutefois, si elle ne veut perdre aucun revenu, il est prudent d'attendre la décision de la CSST.

Évidemment, une travailleuse ne peut se prévaloir du retrait préventif qu'une fois qu'elle est enceinte et qu'elle connaît son état. Or, il est généralement reconnu que la période la plus cruciale pour le développement du foetus se situe dans les toutes premières semaines qui suivent la fécondation. Nous considérons que les délais dits "normaux" auxquels doit faire face la travailleuse enceinte dans l'exercice de son droit sont trop longs, et cela est particulièrement vrai dans les cas où le retrait d'un poste de travail est indiqué dès le début de la grossesse, en particulier en ce qui concerne les agresseurs chimiques qui peuvent avoir des effets négatifs sur le foetus dès ce moment.

Il y aurait lieu de se pencher sur l'étude des meilleurs moyens d'établir un processus accéléré pour les cas identifiés comme prioritaires par le médecin traitant et le médecin de DSC. Chaque intervenante et intervenant devrait également être très bien informé de ses obligations relatives à l'administration du programme. Plus particulièrement, les travailleuses devraient être informées du fait qu'elles peuvent elles-mêmes intervenir auprès de la CSST lorsqu'elles constatent qu'un ou des intervenants sont responsables de délais non raisonnables. Quant aux DSC, ils devraient pouvoir compter sur les ressources nécessaires à l'accomplissement efficace de leur mission.

### 3.3 Le droit de refus et la condition de grossesse

L'article 12 de la LSST prévoit le "Droit de refus" :

> "Un travailleur a le droit de refuser d'exécuter un travail s'il a des motifs raisonnables de croire que l'exécution de ce travail l'expose à un danger pour sa santé, sa sécurité ou son intégrité physique ou peut avoir l'effet d'exposer une autre personne à un semblable danger."

Déjà lors de la présentation du projet de loi 17 en 1979 le Conseil du statut de la femme avait émis des commentaires concernant l'impossibilité pour une travailleuse enceinte d'utiliser le droit de refuser d'exercer un travail qu'elle juge dangereux, en invoquant sa condition de grossesse. Dans son mémoire à la Commission consultative sur le travail en 1984, le Conseil du statut de la femme demandait que ce droit général soit accordé aux travailleuses enceintes. Cette reconnaissance devrait être explicite dans la Loi sur la santé et la sécurité du travail.

**La LSST accorde à toutes les travailleuses et à tous les travailleurs le droit de refuser d'exécuter un travail qui les exposerait à un danger ou exposerait d'autres personnes au même danger. Parce que ce droit ne peut être exercé en alléguant des conditions "personnelles" de santé, la travailleuse enceinte ne peut y recourir en faisant référence à son état de grossesse. Parce que la loi prévoit un recours spécial pour la travailleuse enceinte ou qui allaite (le retrait préventif), elle ne peut se prévaloir de cette disposition générale de la loi.**

Nous croyons qu'il y a là une lacune dans la loi. La travailleuse enceinte, dont les conditions de travail normales ne comportent pas de risques, n'a pas à demander un retrait préventif. Par contre, si exceptionnellement son employeur lui demande d'exécuter une tâche qui comporte des dangers en raison de son état de grossesse, elle ne devrait pas avoir recours au retrait préventif; elle devrait, comme les autres travailleuses et travailleurs, avoir le droit de refuser sur le champ d'exécuter une tâche donnée en alléguant son état de grossesse.

**Nous ne pouvons que reprendre les recommandations du Conseil de modifier la loi de manière à ce que le droit de refus pour la travailleuse enceinte y soit clairement reconnu.**

### 3.4 La contestation des certificats médicaux

La travailleuse, en produisant un certificat médical, peut demander à son employeur "d'être affectée à des tâches ne comportant pas de tels dangers et qu'elle est en mesure d'accomplir"[22]. La travailleuse qui croit qu'elle n'est pas en mesure d'exécuter les tâches auxquelles elle est affectée peut contester cette affectation auprès du Comité de santé et de sécurité de l'établissement. Si ce comité n'existe pas, la contestation peut se faire auprès du représentant à la prévention et de l'employeur qui, en consultation avec le médecin responsable de l'établissement ou à défaut avec le chef du DSC, examineront et décideront la question[23]. S'il n'y a pas non plus de représentant, la travailleuse peut contester directement auprès de la CSST. La travailleuse qui se croit lésée par une décision rendue par l'un ou l'autre de ces intervenants peut demander une révision auprès d'un bureau de révision (paritaire), lequel est formé par la CSST. Après cette étape, la travailleuse peut également loger un appel auprès de la Commission d'appel en matière de lésions professionnelles.

De même, toute autre décision de la CSST peut également être contestée par la travailleuse auprès du bureau de révision. La décision du bureau de révision peut elle aussi constituer l'objet d'un appel à la Commission d'appel en matière de lésions professionnelles[24].

Certaines difficultés ont surgi quant à l'exercice du droit au retrait préventif, notamment en raison des prétentions de la Commission quant à son droit de contester le rapport médical fourni par la travailleuse.

La Commission d'appel en matière de lésions professionnelles, dans un récent jugement[25], vient clarifier la règle à cet égard et donner raison à la travailleuse. Les commissaires ont en effet conclu que la loi accorde une importance déterminante à l'opinion du médecin quant au

fait que les conditions de travail comportent des dangers soit pour l'enfant à naître ou pour la travailleuse elle-même en raison de sa grossesse, ne laissant à la Commission le droit de refuser l'octroi de l'indemnité que si elle détient une preuve déterminante du contraire.

Nous croyons donc que la CSST devrait modifier sa pratique administrative lorsqu'elle évalue une demande de prestation présentée en vertu du programme de retrait préventif et se conformer à cette décision. Il nous apparaît en effet important que l'opinion du médecin traitant prévale sur celle des autres intervenants médicaux ou administratifs. Si nous sommes d'accord pour qu'un retrait préventif ne soit pas accordé sur la base de conditions médicales personnelles uniquement, nous sommes également opposées au fait que la CSST ne considère que les dangers inhérents au poste de travail de la travailleuse enceinte pour l'appréciation des demandes de retrait préventif. Le médecin traitant est le mieux placé pour connaître les conditions médicales de la travailleuse; son opinion doit donc être prépondérante lorsqu'il s'agit de juger des conséquences des conditions de travail sur la santé de la travailleuse enceinte, de l'enfant à naître ou de l'enfant allaité. Celui-ci doit cependant, avant toute chose, consulter le médecin-conseil du DSC sur les conditions de travail de la travailleuse, comme il est d'ailleurs prévu à la loi. Ce médecin connaît le type d'activité et les caractéristiques des milieux de travail des entreprises qui opèrent sur son territoire; son opinion devrait donc être très précieuse pour le médecin traitant. Il s'agit donc, dans la plupart des cas, d'une collaboration plus que d'une confrontation. Si ces deux experts arrivent à des conclusions identiques dans le cas d'une travailleuse enceinte, nous croyons que la CSST ne devrait en aucun cas intervenir.

Si les conclusions de ces médecins divergent, nous croyons devoir rappeler à la CSST que le médecin de DSC n'a aucun pouvoir, selon la loi, d'accepter ou de refuser une demande de retrait préventif.

Enfin, nous craignons qu'une application du retrait préventif qui ne se limiterait qu'à l'évaluation des conditions de travail sans tenir compte de leur interaction avec les conditions médicales personnelles restreigne l'accès au retrait préventif et prive les travailleuses enceintes ou qui allaitent d'une protection adéquate et nécessaire. L'acceptation d'une demande de retrait préventif, dans ces conditions, relèvera plus de l'économie que de la prévention, ce qui est, à notre avis, contraire aux objectifs de la mesure.

### 3.5 Le maintien et le cumul des avantages liés à l'emploi

La Loi sur la santé et la sécurité du travail précise que la travailleuse, à la fin de sa réaffectation ou à son retour au travail, doit être réintégrée à son emploi (art. 43).

Lorsque la travailleuse reçoit des prestations de la CSST, elle ne peut contribuer au régime de rentes du Québec ni à l'assurance-chômage sur l'indemnité reçue ni bénéficier des cotisations de son employeur. Ses gains assurés à la Régie des rentes risquent donc d'être inférieurs à ce qu'ils auraient été si elle avait été en emploi.

De plus, le recours au retrait préventif peut faire perdre à certaines travailleuses, qui n'auraient pas accumulé les vingt semaines d'emploi assurables requises avant la cessation d'emploi, le droit à des prestations de maternité (versées par le programme fédéral d'assurance-chômage) et au programme d'allocation de maternité du Québec (PRALMA). Cependant, pour éviter de telles situations, la Commission de l'assurance-chômage ajouterait le nombre de semaines en retrait préventif à la période de référence (52 semaines prévues à la loi). Ainsi, à titre d'exemple, pour une travailleuse qui aurait été en retrait préventif pendant dix-huit semaines, on vérifierait si elle a accumulé 20 semaines de travail chez un employeur au cours des 70

dernières semaines. Si, pour plusieurs travailleuses, cette pratique fait en sorte qu'elles peuvent recevoir des prestations de maternité, il n'en demeure pas moins qu'elle ne le permet pas à toutes les travailleuses; les travailleuses en chômage ou inactives pendant la période qui a été ajoutée, par exemple.

**Nous croyons que les avantages reliés à l'assurance-chômage devraient continuer de s'appliquer durant la période où les travailleuses reçoivent des prestations de la CSST à la suite d'un retrait préventif.**

**Par ailleurs, la travailleuse en retrait préventif n'est pas pénalisée dans son droit au congé de maternité tel que prévu au Québec par le Règlement sur les normes du travail. Pour avoir droit à ce congé, la travailleuse doit avoir accumulé vingt semaines de travail chez le même employeur. Les semaines pendant lesquelles la travailleuse reçoit des prestations de la CSST, à la suite d'un retrait préventif, sont calculées comme des semaines de travail. Il n'y a donc pas de perte de droits.**

### 3.6 La réaffectation et les modifications de postes : qu'en est-il?

**La loi précise qu'une travailleuse enceinte ou qui allaite, qui fournit à l'employeur un certificat médical attestant que ses conditions de travail présentent un danger pour sa santé ou celle de son enfant, a le droit d'être réaffectée à un autre poste de travail. Si l'employeur ne peut la réaffecter immédiatement, la travailleuse peut alors se retirer de son emploi jusqu'à ce qu'on la réaffecte ou jusqu'à la date prévue de son accouchement.**

Or, contrairement aux intentions du législateur, il semble bien que le retrait du milieu du travail qui devait être considéré comme la solution de dernier recours soit trop souvent encore la première mesure envisagée pour répondre à une demande de retrait préventif. Ce qui

devait être une exception est devenu la règle. Ainsi, selon les résultats de l'enquête du GRASP/sst[26] auprès d'un échantillon représentatif de Québécoises s'étant prévalues du droit au retrait préventif en 1984 et 1985, **seulement 12,6% des utilisatrices ont été réaffectées à un autre poste ou ont vu leur poste de travail modifié.**

Pourquoi les employeurs sont-ils peu disposés à mettre en oeuvre des politiques de réaffectation des travailleuses ou de modifications de poste? Est-ce si difficile, voire impossible? Sous-estime-t-on l'importance de développer des outils permettant la conciliation de la maternité et du travail? Quelle est l'attitude des syndicats et des travailleuses face à la réaffectation?

Les données recueillies par les différentes études permettent de répondre à ces questions tant du point de vue des travailleuses que des employeurs.

### 3.6.1 Les politiques de réaffectation et de modification de postes

**Selon le GRASP/sst, les catégories de requérantes qui ont été touchées par une réaffectation ou une modification de leur poste de travail en 1984 et 1985 sont les suivantes :**

- **les professionnelles (autres que les travailleuses de la santé) et les administratrices (22,5%);**
- **les ouvrières (17,9%);**
- **les employées de bureau (16,2%).**

Par ailleurs, ce sont les employées des services qui ont été le moins souvent réaffectées (6,1%)[27]. En fonction du facteur de risque, les demandes invoquées sur la base de la préséance d'un risque biologique ou de produits chimiques ont été celles qui ont donné lieu le plus souvent à une réaffectation ou à une modification du poste de travail :

21,1% et 18,8% des cas respectivement[28]. On constate également que les travailleuses qui ont le plus d'ancienneté sont les plus susceptibles d'être affectées ou de voir leur poste de travail modifié. Le retrait temporaire du travail de travailleuses expérimentées serait-il ressenti plus vivement par les employeurs? Enfin, les travailleuses pour qui on avait déclaré une grossesse à risque ont été moins souvent réaffectées que les autres requérantes : 7,1% comparativement à 14,7%[29].

Les travailleuses qui n'ont pas été réaffectées ou qui n'ont pas vu leur poste de travail modifié déclarent que l'employeur a invoqué :

- l'absence d'autres tâches moins dangereuses dans l'entreprise (70,8%);
- la trop grande spécialisation des tâches dans l'entreprise (16,4%);
- l'intérêt du patron de voir la travailleuse quitter le travail (9,6%, travailleuses en contact avec le public surtout);
- certaines dispositions de leurs conventions collectives[30].

Les employeurs invoqueraient également les motifs suivants pour expliquer l'absence de réaffectations ou de modifications de postes :

- "l'aspect temporaire du processus ne les incite guère à réaménager le travail dans l'entreprise et en particulier à gérer les effets de la surcharge de travail que cela peut occasionner pour les autres employées;
- l'absence d'incitatifs financiers à procéder à des réaffectations ou à des modifications de postes. On se plaint de ce que le mode d'indemnisation des retraits préventifs impose une tarification uniforme à tous les employeurs qui ne tient pas compte des efforts de réaffectation."[31]

Quant au type d'aménagement de travail auquel ont été soumis les requérantes, il s'agissait principalement :

- d'un poste vacant ou d'un remplacement de vacances (40%);
- de la création d'un nouveau poste (25%);

- **d'un poste réservé aux femmes enceintes ou d'un poste pilote (17%);**
- **d'une modification du poste habituel (13%)[32].**

L'étude démontre qu'il y a eu deux fois et demie plus de modifications de postes ou d'affectations à d'autres postes chez les non-requérantes du retrait préventif que chez les travailleuses qui ont officiellement présenté une demande de retrait préventif : 29,8% comparativement à 12,6%[33]. Les auteurs supposent que les non-requérantes n'ont pas ressenti le besoin de recourir au programme parce que ces pratiques de réaffectation ou de modification de postes existaient déjà dans ces entreprises.

Une étude de Sylvie Legault identifie trois facteurs qui expliquent l'attitude des employeurs devant la réaffectation[34] :

- **facteur organisationnel** : le manque de diversité des tâches ou la trop grande spécialisation empêche une certaine mobilité du personnel. En usine, où la rapidité et la dextérité sont importantes, une réaffectation signifie souvent une baisse de la productivité;
- **facteur économique** : dans le cas d'un retrait du travail, l'employeur ne débourse que les cinq premiers jours de salaire de la travailleuse enceinte. De plus, s'il ne remplace pas cette travailleuse, il répartit le travail parmi les autres, ce qui peut créer une surcharge de travail. L'employeur peut aussi tenir compte du fait que la travailleuse réaffectée peut être moins efficace dans une autre fonction. Toutefois, les employeurs ne semblent pas être informés du fait que, si l'emploi confié à une travailleuse réaffectée commande un salaire moins élevé que celui de son poste habituel, ils n'ont pas à assumer la différence afin de garantir le salaire habituel ou régulier à cette travailleuse; sur demande de l'employeur, la CSST lui remboursera la différence entre le salaire régulier et le salaire du nouvel emploi;
- **facteur idéologique** : les employeurs croient trop souvent qu'une travailleuse change généralement d'attitude au travail lorsqu'elle devient enceinte. Elle serait moins motivée, plus susceptible de s'absenter, etc. Ces préjugés n'incitent pas les employeurs à la réaffecter; ils préfèrent la voir quitter le travail.

### 3.6.2 Réactions à la réaffectation

**La réaffectation amène généralement des réactions négatives, autant chez les travailleuses que chez les employeurs et les syndicats.**

**Ainsi, le sondage du GRASP/sst montre que près du quart (22,4%) des décisions de réaffectation ont été contestées officiellement par les requérantes en 1984 et 1985**[35]. Ces constestataires étaient principalement des travailleuses de la santé et des professionnelles et administratrices; il s'agissait rarement des employées des services et jamais des vendeuses. **Six fois plus souvent, la contestation est venue de travailleuses syndiquées (32,5% contre 5,4%). Un facteur de risque biologique, un horaire de travail contraignant et une charge mentale excessive sont les facteurs de risque les plus souvent invoqués par ces requérantes**[36]. Parmi les travailleuses qui ont contesté, 63,6% estimaient que leurs nouvelles conditions de travail comportaient toujours des dangers et 22,5% parce qu'elles ne croyaient pas être en mesure d'accomplir leurs nouvelles tâches à cause de leur état de grossesse. Les autres motifs sont que les nouvelles tâches ne correspondaient ni aux aptitudes ni aux capacités des requérantes ou encore parce que celles-ci ou leur médecin croyaient qu'il serait préférable qu'elles arrêtent de travailler[37]. **Dans plus de la moitié des cas, la décision de réaffecter a été maintenue**[38].

Parmi les difficultés rencontrées par les travailleuses qui ont vécu une réaffectation, on mentionne principalement une augmentation du stress et de la fatique due à la nouvelle tâche, au manque d'expérience et aux nouveaux collègues de travail. On signale aussi une survenue plus grande de problèmes dans le déroulement de la grossesse, des problèmes relatifs au climat de travail (impression d'imposer une surcharge aux collègues), de l'ambiguïté dans la définition des nouvelles tâches, la déqualification ou l'absence de valorisation ressenties par les requérantes dans le nouveau poste de travail[39].

Enfin, selon les études, la réaffectation a suscité énormément d'étonnement chez les requérantes réaffectées en 1984 et 1985. Les travailleuses sont mal informées sur le contenu de la mesure et parce qu'elles ont vu des collègues cesser de travailler à la suite de leur démarche, elles en sont venues à interpréter le programme comme étant un retrait complet du milieu de travail plutôt qu'une réaffectation avant toute chose. Ainsi, selon l'étude d'Anne Quéniart, certaines travailleuses associent cette mesure de protection à un congé de grossesse auquel elles auraient droit. L'information véhiculée par les médias, les médecins et les compagnes ainsi que l'exemple des retraits du travail accordés dans le passé dans leur milieu ne sont certainement pas étrangers à cet état de choses.

Nous avons vu que les employeurs ont des attitudes différentes devant la réaffectation, mais la majorité y voient plus d'inconvénients que d'avantages. Une réaffectation les oblige à modifier les équipes de travail pour une période relativement courte, alors qu'ils savent que la travailleuse concernée quittera tôt ou tard son emploi pour un congé de maternité; dans bien des cas, ils préfèrent la remplacer dès sa demande de retrait préventif.

L'aspect le plus important relatif à la perception des employeurs envers la réaffectation est qu'ils ne semblent pas voir dans les demandes de retrait préventif des indications de conditions de travail dangereuses pour la santé des travailleuses et des travailleurs.

Quant aux responsables syndicaux des établissements analysés par Sylvie Legault, ils estiment que la réaffectation ne fait souvent qu'éliminer un risque pour l'échanger contre un autre et qu'elle ajoute encore du stress à la travailleuse, en plus de faire porter une partie des responsabilités sur les autres travailleuses et travailleurs, soit en modifiant des équipes de travail, des horaires, etc. Selon la chercheuse, ils expriment les mêmes préjugés que les employeurs sur le manque de motivation des travailleuses enceintes[40].

En définitive, si la mesure est de plus en plus connue, force nous est de constater qu'elle n'est pas encore entièrement reconnue et comprise. La réaffectation ou la modification des postes ne sont pas encore intégrées au milieu de travail.

### 3.6.3 Conséquence du faible nombre de réaffectations et de modifications de postes

**Le faible taux de réaffectations et de modifications de postes entraîne trois conséquences très importantes : l'augmentation des coûts du programme de retrait préventif, la perpétuation de l'idée que le retrait préventif est un "congé" de grossesse et la stagnation des efforts pour l'amélioration des conditions de travail non seulement des femmes enceintes, mais de l'ensemble des travailleuses.**

Les employeurs, qui assument collectivement les coûts du retrait préventif, considèrent que ces coûts sont trop élevés. Par ailleurs, ils considèrent, règle générale, qu'une pratique de réaffectation ou de modification de postes peut entraîner un bouleversement dans l'organisation du travail et ralentir la productivité. Comme solution, ils proposent que le retrait préventif soit reconnu comme une mesure sociale et que les coûts soient assumés par l'État. Il faut reconnaître que les coûts du retrait préventif ont augmenté régulièrement depuis son entrée en vigueur. Sur le plan de l'entreprise, nous l'avons dit, l'employeur ne trouve pas d'avantages à réaffecter une travailleuse enceinte ou à modifier son poste de travail; c'est pour lui une complication qu'une entreprise n'a pas à assumer. Un retrait pur et simple du milieu de travail est certainement plus facile à appliquer pour l'employeur.

La travailleuse enceinte qui demande un retrait préventif peut, elle aussi, préférer obtenir un retrait complet plutôt qu'une réaffectation. Elle bénéficie alors d'un congé de maternité plus long, ce qui lui

permet de mieux préparer la naissance de son enfant. Il n'est donc pas étonnant que les travailleuses réaffectées ressentent un profond sentiment de frustration par rapport aux travailleuses qui ont obtenu le retrait du travail. Toutefois, le retrait du travail pendant une grossesse, s'il apparaît positif sur le plan individuel, devient très négatif sur le plan collectif dans la mesure où il developpe l'idée que grossesse et travail salarié seraient difficilement compatibles.

L'objectif ultime de la LSST est l'élimination à la source des risques inhérents au travail et c'est souvent par le biais de la grossesse que l'amélioration des conditions de travail des femmes peut se produire. L'application actuelle du retrait préventif, qui permet beaucoup plus de retraits que de réaffectations ou de modifications de postes, nous apparaît mal orientée. Ce programme rencontrera difficilement les objectifs qu'on lui a prêtés au départ si l'esprit de la loi n'est pas respecté et si les perceptions envers la grossesse en milieu de travail ne sont pas modifiées.

Les demandes de retrait préventif pointent des postes et des secteurs à risques. **La réaffectation, mais principalement la modification des postes de travail, devrait entraîner l'amélioration à long terme des conditions de travail dans les milieux identifiés. Cet objectif se trouve ignoré si les travailleuses menacées sont systématiquement retirées du milieu de travail.** N'oublions pas qu'un retrait du milieu de travail n'élimine en rien les risques pour les autres travailleuses et travailleurs appelés à remplacer les travailleuses enceintes absentes. S'il n'y a pas d'obligation pour l'employeur de modifier les postes de travail jugés dangereux, le problème de santé au travail n'est en rien résolu. Le retrait préventif continue dans ce cas d'être uniquement une mesure de protection individuelle. **Les démarches de retrait préventif et par conséquent les coûts devraient diminuer progressivement à la suite d'une amélioration durable des conditions de travail, amélioration qui ne peut qu'être bénéfique à toutes les travailleuses et à tous les travailleurs.**

Nous constatons en réalité les effets contraires de cet objectif. Au lieu de mieux concilier la maternité et le travail, le retrait préventif a plutôt conduit à un allongement de l'arrêt de travail au moment de la naissance d'un enfant. Nous nous retrouvons donc devant ce que Bouchard et Turcotte appellent l'"effet pervers"[41] de la mesure : les choix individuels de chaque intervenant et intervenante, pourtant rationnels, produisent des effets complètement inattendus et contraires aux objectifs recherchés sur le plan collectif.

À long terme, il y a le risque que le retrait préventif devienne une mesure qui place les femmes enceintes dans une situation d'exception sans remplir son rôle premier qui est l'amélioration des conditions de travail. En retirant la femme enceinte menacée, on tente de régler sur le plan individuel le problème collectif que représentent les dangers en milieu de travail. Les conditions de travail génératrices de problèmes doivent être modifiées. Quant aux employeurs, ils risquent de continuer à assumer des coûts de plus en plus élevés sans vraiment faire les efforts nécessaires pour fournir un milieu de travail sain pour toutes et tous, y compris les plus vulnérables. Les femmes en âge de procréer pourraient, collectivement, voir compromis leur droit au travail.

### 3.6.4 Des aménagements nouveaux et nécessaires

Depuis 1985, en réaction à l'augmentation des demandes de prestations, certains efforts ont été faits, tant du côté des employeurs que de la CSST, en vue d'accroître le nombre des modifications de postes et des réaffectations. La CSST s'est donné comme priorité, en 1986, de sensibiliser les employeurs au maintien des travailleuses enceintes en emploi. Malgré les interventions de la CSST auprès de certains employeurs et de DSC, la tendance ne semble pas prête à se renverser, du moins à court terme, uniquement en raison d'un appel à une saine gestion et à un contrôle des coûts[42].

Il est intéressant de souligner à cet effet l'exemple de la nouvelle gestion de la Cité de la santé de Laval à l'égard du programme du retrait préventif. Aux prises avec des taux d'utilisation de la mesure voisinant les 80%, la direction a décidé de procéder à l'analyse de tous les postes de travail de l'établissement tout en mettant l'accent sur l'étude des postes de laboratoires (un grand nombre de retraits préventifs proviennent de cette catégorie) et de dégager leurs principales caractéristiques. Cette étude, qui s'est terminée en août 1987, a permis d'apporter des corrections à certaines techniques de travail et à certains équipements de protection, d'identifier les postes de travail sécuritaires pour une travailleuse enceinte et de procéder à des réaffectations de travailleuses enceintes lorsque nécessaire. La direction est satisfaite de son intervention puisqu'elle constate une diminution du nombre de retraits préventifs, une augmentation sensible du nombre de réaffectations (de novembre 1986 à mai 1987, 84% des travailleuses qui ont été admises ont été réaffectées), une diminution du nombre de contestations, un changement de comportement, une plus grande sensibilisation et une approche qui respecte mieux les objectifs de la loi de la part des travailleuses, des chefs de service et des directeurs[43].

### 3.6.5 Des pistes d'action à explorer

Le retrait du travail ne devrait être qu'exceptionnel, une solution de dernier recours après l'exploration d'un ensemble d'autres avenues. Cela signifie que les employeurs, les travailleurs et les travailleuses, les syndicats et la CSST travaillent de concert à l'amélioration des conditions de travail et cela sans attendre que des travailleuses enceintes soient présentes pour intervenir. Il faut qu'il y ait des politiques uniformes et planifiées qui bénéficient largement aux travailleuses enceintes.

Dans cette optique, nous croyons qu'il y aurait lieu d'étudier tous les éléments d'un système plus incitatif. La principale caractéristique

**d'un tel système pourrait être d'accorder certains avantages aux employeurs qui modifient les postes de travail ou réaffectent les requérantes du retrait préventif.** Nous l'avons vu, deux facteurs susceptibles d'expliquer le peu d'ardeur déployée par les employeurs pour modifier les postes ou réaffecter la travailleuse sont l'aspect temporaire du processus et l'absence d'incitatifs financiers. **Les incitations pourraient prendre plusieurs formes, mais nous pensons particulièrement à une aide financière aux employeurs afin de les aider à réaménager les postes de travail, à modifier certains équipements ou à évaluer les façons de réaffecter en fonction des besoins de l'entreprise. Les sommes nécessaires pourraient provenir des économies réalisées par la CSST au chapitre de l'indemnisation des travailleuses enceintes. En d'autres termes, les employeurs continuent de cotiser, mais ils obtiennent un soutien financier s'ils procèdent à des modifications de postes ou à des réaffectations.**

Bien sûr, nous ne croyons pas qu'il soit possible à court terme de procéder à des modifications de postes et à des réaffectations dans tous les cas et dans tous les secteurs d'activité. De nombreuses petites et moyennes entreprises n'offrent pas un éventail d'emplois suffisamment large pour permettre une réaffectation temporaire en présence d'une travailleuse enceinte. Nous reconnaissons aussi que les employeurs désireux de réaffecter ou de modifier le poste d'une travailleuse enceinte font face à de réelles contraintes, tels la rigidité des conventions collectives, la spécialisation des tâches, les exigences de formation, le coût des modifications à apporter à certains équipements, etc.

Toutefois, nous croyons que dans bien des cas des solutions assez simples et assez peu coûteuses peuvent être imaginées. Nous pensons, par exemple, à certains aménagements de postes de travail qui ont été proposés dans l'étude GRASP/sst :

> "Un aménagement réaliste des postes de travail nous semble une solution plus compatible que les changements

> de postes. Certains des aménagements ergonomiques envisageables sont peu coûteux : 1° mise à disposition du personnel de sièges là où il en manque et de sièges adaptés au poste de travail; 2° réduction de la durée journalière de travail; 3° modification des postes de travail pour permettre la position assise; 4° temps de pauses pendant la journée; 5° fractionnement des charges à soulever.
>
> "D'autres aménagements peuvent apparaître plus coûteux lorsqu'on envisage à court terme l'investissement nécessaire : utilisation de tables roulantes élévatrices, des brancards de transfert élévateurs ou tout autre système mécanique..."[44]

Diane Beauregard de la Direction de la programmation-réparation de la CSST suggérait elle aussi, à partir d'une série de questions à l'intention des membres de l'Association des hôpitaux du Québec, certains aménagements possibles et simples aux postes de travail :

> "Mais qu'est-il possible de faire :
>
> "quand le risque évoqué est le travail de nuit? Peut-on affecter à un travail de jour ou de soir?
>
> "quand il est question de position debout prolongée? Peut-on s'assurer, après vérification auprès du médecin du DSC, que la travailleuse enceinte puisse en alternance s'asseoir quelques minutes toutes les heures pour compléter des dossiers par exemple?
>
> "quand il est question de poids lourds à soulever? Peut-on s'assurer que la travailleuse enceinte puisse effectuer un travail d'équipe où elle peut demander de l'aide ou même proposer l'utilisation du lève-personne?
>
> "Maintes solutions à l'affectation originent des milieux de travail. Certains identifient des départements cibles pour l'affectation comme par exemple, l'obstétrique. D'autres opteront pour une affectation à mi-temps quand les risques ergonomiques sont en cause après avoir questionné l'existence ou non des dangers auprès du médecin du DSC."[45]

Nous estimons donc qu'il est dans l'intérêt de tous et toutes de viser la modification des postes ou la réaffectation de la travailleuse

enceinte. Si un tel arrangement peut s'avérer coûteux à court terme, il permettra à la fois de réduire à moyen et à long terme les coûts relatifs aux prestations versées dans le cadre du programme, de contribuer à maintenir en emploi les travailleuses enceintes et d'atteindre plus rapidement l'objectif qui est l'élimination à la source des dangers inhérents au travail.

Ces réaménagements permettront à la travailleuse enceinte de vivre sa grossesse sans craindre que ses "nouvelles" fonctions présentent des risques pour sa santé ou celle de son enfant, de faire l'acquisition de nouvelles connaissances ou de nouveaux apprentissages et finalement de considérer son état comme étant conciliable avec l'exercice d'une activité rémunérée. Du côté de l'employeur, la modification de postes ou la réaffectation lui permettra de garder en emploi sa main-d'oeuvre, parfois difficile à remplacer, et de diminuer les coûts relatifs à l'embauche d'une main-d'oeuvre temporaire. Un support financier aux employeurs, tel que nous le proposons ci-dessus, entraînerait une modification de la dynamique actuelle qui place l'employeur isolé, soucieux du respect de l'esprit de la loi, dans une situation concurrentielle désavantageuse.

## 3.7 En résumé

Voici très brièvement quels sont les principaux constats qui se dégagent de ce chapitre :

- les deux tiers des requérantes interrogées (GRASP/sst) n'étaient pas les premières à faire une demande de retrait préventif dans leur milieu de travail; dans les différents milieux, on observe effectivement un "effet d'entraînement" des demandes de retrait préventif;

- c'est ainsi qu'après le médecin traitant, les compagnes de travail jouent un rôle important dans la décision de recourir au retrait préventif;

- près du tiers des requérantes interrogées s'estiment insuffisamment informées des différentes dispositions du retrait préventif; ceci concerne particulièrement la réaffectation et les risques pour leur santé dans leur milieu de travail;

- on note des modifications importantes et une certaine confusion dans la définition et le partage des différents rôles assumés par le médecin traitant, le médecin de DSC et la CSST; ces rôles devraient être l'objet d'une clarification importante;

- les délais à chacune des étapes administratives pour l'obtention du retrait préventif sont souvent trop longs; dans certains secteurs prioritaires, il faudrait prendre des procédures efficaces pour accélérer le cheminement des demandes;

- le droit de refus devrait être accordé aux travailleuses enceintes leur permettant ainsi de refuser d'exécuter une tâche qui comporte des dangers en raison de leur état de grossesse dans le cadre de conditions normales de travail;

- on remarque que, contrairement à l'intention du législateur, le retrait du milieu de travail qui devrait être considéré comme la solution de dernier recours est trop souvent encore la première mesure envisagée pour répondre à la demande de la travailleuse; ceci risque de détourner le programme de son véritable objectif (assainissement du milieu de travail), entraîne des coûts croissants et risque de défavoriser, à long terme, l'emploi des femmes en les considérant comme des clientèles exceptionnelles; en conséquence, un incitatif financier devrait être accordé aux employeurs qui procèdent à une réaffectation des travailleuses ou à un réaménagement du poste de travail;

- il faudrait, tel que proposé en 1984, créer un comité d'experts et d'expertes en santé et sécurité du travail provenant des DSC et du milieu de la recherche qui aurait le mandat d'identifier les postes les plus fréquemment occupés par les requérantes du retrait préventif, de les analyser et de proposer des correctifs visant à annihiler les conditions néfastes aux travailleuses;

- les employeurs, les travailleuses, les syndicats et la CSST devraient travailler de concert à l'amélioration des conditions de travail par des politiques uniformes et planifiées qui bénéficient à l'ensemble de la main-d'oeuvre et particulièrement aux femmes enceintes.

**NOTES**

1. Marc RENAUD et Geneviève TURCOTTE, Comment les travailleuses enceintes voient leur travail, ses risques et le droit au retrait préventif, GRASP/sst, Montréal, juillet 1988, tableau 6.1, p. 290.

2. Ibid.

3. Ibid., tableaux 6.3 et 6.6, p. 297 et 303.

4. Ibid., p. 119.

5. Pierrette TÉTREAULT, "Le droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte : à la portée de toutes", Travail et santé, vol. 2, n°4, hiver 1986, s.p.

6. Marc RENAUD et Geneviève TURCOTTE, op. cit., p. 308.

7. Anne QUÉNIART, On mérite bien un congé : rapport de recherche sur le retrait préventif de la travailleuse enceinte dans le secteur des hôpitaux et des services sociaux, Montréal, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Département de santé communautaire, Santé au travail, 1986, p. 9.

8. Pierrette TÉTREAULT, Le droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte : une analyse de son application dans la région du Haut-Richelieu, Saint-Jean, Département de santé communautaire du Haut-Richelieu, 1985.

9. Anne QUÉNIART, op. cit., p. 213.

10. Marc RENAUD et Geneviève TURCOTTE, op. cit., p. 15.

11. Ibid., p. 359.

12. Diane BEAUREGARD, "Les nouvelles tendances applicables au retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite mais avant tout l'affectation", conférence tenue le 7 octobre à Montréal et le 28 octobre 1987 à Québec, à l'intention des membres de l'Association des hôpitaux du Québec, CSST, p. 15.

13. Marc RENAUD et Geneviève TURCOTTE, op. cit. p. 316.

14. Madeleine FERRON, Étude exploratoire sur l'exercice du droit au retrait préventif par la travailleuse enceinte dans le secteur de la restauration, Montréal, Hôpital Saint-Luc, Département de santé communautaire, 1986, p. 122.

15. Christine FORTIER, Devenir mère "par-dessus le marché" : étude exploratoire sur le retrait préventif de la travailleuse enceinte dans le secteur des marchés d'alimentation, Montréal, Hôpital Charles-Le Moyne, Département de santé communautaire, 1986, p. 47.

16. Sylvie LEGAULT et Deena WHITE, Rapport de recherche sur le retrait préventif de la travailleuse enceinte dans les industries manufacturières du cuir, du vêtement et du textile, Montréal, Hôpital Sacré-Coeur, Département de santé communautaire, 1986, p. 40.

17. Ibid., p. 45.

18. Madeleine FERRON, op. cit., p. 112.

19. Marc RENAUD et Geneviève TURCOTTE, op. cit., p. 375.

20. Ibid., p. 316.

21. Ibid., p. 326.

22. Article 40 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail.

23. Article 37 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail.

24. Gilles TRUDEAU et Jean-Pierre VILLAGI, "Le retrait préventif de la femme enceinte en vertu de la Loi sur la santé et la sécurité du travail : où en sommes nous?", Revue du Barreau, tome 46, n° 3, mai-juin 1986, p. 483.

25. Cité de la santé de Laval et Jocelyne Houle (1988) CALP.

26. Marc RENAUD et Geveniève TURCOTTE, op. cit., p. 335.

27. Ibid., tableau 6.11, p. 322.

28. Ibid.

29. Ibid., p. 323.

30. Ibid., tableau 6.12, p. 325.

31. Ibid., p. 324.

32. Ibid., p. 345-346.

33. Ibid., p. 326.

34. Sylvie LEGAULT, La réaffectation : une alternative au retrait préventif - préenquête sur l'affectation de poste de la travailleuse enceinte sur le territoire d'un DSC de la région de Montréal, Montréal, Université de Montréal, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention en santé et en sécurité du travail, 1985, 12 p.

35. Marc RENAUD et Geneviève TURCOTTE, op. cit., p. 335.

36. Ibid.

37. Ibid., p. 337.

38. Ibid.

39. Ibid., p. 348-349.

40. Sylvie LEGAULT, op. cit., p. 9-10.

41. Pierre BOUCHARD et Geneviève Turcotte, "La maternité en milieu de travail ou pourquoi les Québécoises sont-elles si nombreuses à demander le retrait préventif?", Sociologie et sociétés, vol. XVIII, n° 2, octobre 1986, p. 126.

42. Rapport annuel 1986, Québec, CSST, p. 36.

43. André CHAGNON, "La gestion du dossier des retraits préventifs à la Cité de la santé de Laval", Revue administration hospitalière et sociale, novembre/décembre 1987, p. 12 à 15.

44. Marc RENAUD et Geneviève TURCOTTE, op. cit., p. 414.

45. Diane BEAUREGARD, op. cit., p. 25-26.

## 4. LES ORIENTATIONS À PRIVILÉGIER

### 4.1 Le retrait préventif et l'emploi des femmes

**Encore aujourd'hui, la place des femmes sur le marché du travail est très fragile par rapport à celle des hommes, et continuer d'appliquer le programme du retrait préventif comme une mesure d'exception, pourrait favoriser le développement de nouvelles formes de discrimination à l'endroit des travailleuses.** Parce que ce sont les employeurs qui indemnisent les cinq premiers jours d'absence de la travailleuse enceinte et qu'ils doivent assumer les coûts d'embauche d'une autre personne, il est prévisible, s'ils ne le font pas déjà, qu'ils questionnent l'embauche des femmes.

Rappelons-nous que, dès le 19e siècle, des lois protectrices interdisaient aux femmes d'occuper certains emplois jugés trop pénibles ou trop dangereux pour elles. On les a notamment empêchées de travailler dans les mines, de travailler la nuit et d'occuper certains emplois où elles étaient susceptibles de soulever de lourdes charges.

Ces lois visaient officiellement la "protection" des femmes ainsi que leur capacité reproductrice, mais elles avaient également pour effet de les tenir à l'écart de certains emplois bien rémunérés. Ces lois ont cependant été inefficaces à protéger les travailleuses ou à éliminer les conditions malsaines de travail, notamment dans les hôpitaux, dans les restaurants et dans les usines où pourtant elles travaillent en grand nombre.

Progressivement, ce type de protection est plutôt devenu dans les faits un handicap à l'accès des femmes à toute une gamme d'emplois, a perpétué l'opinion que le travail des femmes est moins pénible que celui des hommes et a justifié des salaires plus bas.

Depuis quelques années, on voit se développer une nouvelle forme de discrimination à l'embauche des femmes. Certaines entreprises ontariennes et américaines appliquent des politiques d'exclusion en invoquant publiquement la protection de la fonction reproductrice des femmes.

De telles politiques ont d'abord comme conséquence d'exclure les femmes en âge de procréer d'une gamme d'emplois jugés dangereux pour le foetus. Cependant, une autre conséquence, et non la moindre, est apparue : des femmes exposées à des produits chimiques nocifs pour le système reproducteur se sont fait stériliser afin d'obtenir ou de conserver leur emploi, leur employeur n'acceptant pas de prendre des risques de poursuites judiciaires dans le cas de naissances d'enfants atteints d'anomalies. On aura remarqué que cette politique d'exclusion ne vise que la protection du foetus et non la sécurité de la travailleuse et du travailleur. Citons à titre d'exemple le cas de Norma James :

> "[...] : en décembre 1975, Norma James, employée de la division des accumulateurs plomb-acide de la General Motors à Oshawa, s'est vu demander par l'employeur de fournir une preuve de stérilité ou bien d'accepter une mutation dans un autre secteur de l'usine exempt de plomb. L'employeur s'appuyait sur des renseignements médicaux voulant que le plomb soit dangereux pour le foetus, mais il préférait ne pas tenir compte d'autres renseignements selon lesquels le plomb pouvait aussi présenter des dangers pour les travailleurs de sexe masculin, notamment une diminution du nombre de spermatazoïdes et de la puissance sexuelle, et des malformations des spermatazoïdes, facteurs qui tous nuisent à la reproduction. Comme Norma James voulait garder son emploi, qui était bien payé et lui permettait d'être à la maison pendant la journée avec ses enfants, elle décida de subir une ligature des trompes. "Quand on veut vraiment garder son emploi, on fait n'importe quoi", a-t-elle expliqué."[1]

C'est dire à quel point il existerait encore une sorte d'incompatibilité entre la maternité et le travail.

Au début des années 1980, aux États-Unis, le cas d'une usine de produits chimiques a soulevé la question des stérilisations. À la suite d'un débat animé, l'Occupational Safety and Health Administration a exprimé l'avis que la protection dont le foetus a besoin ne doit pas être acquise au prix du droit de la mère au travail et que, par conséquent les normes de santé et de sécurité du travail devaient être suffisamment sévères pour garantir l'intégrité des travailleuses, des travailleurs et de leurs enfants à naître[2].

Nous ne connaissons pas de cas aussi extrêmes au Québec. Il demeure cependant que l'application actuelle du retrait préventif, qui tend vers **le retrait du milieu du travail plutôt que vers la modification des postes de travail ou la réaffectation, pourrait s'apparenter à long terme à une mesure d'exclusion des femmes du marché du travail.**

Le retrait du travail, nous l'avons dit précédemment, est une solution individuelle et imparfaite à un problème collectif. S'il assure une certaine protection à l'individu, il n'a aucun impact positif sur l'ensemble de la main-d'oeuvre. Une exclusion temporaire — le temps d'une grossesse — pourrait-elle prendre la forme, dans certains secteurs, d'une exclusion permanente des femmes à cause des risques que comportent certains emplois et des inconvénients qu'occasionne à l'entreprise le départ de certaines employées?

**Il est donc très important de renverser la tendance actuelle dans l'application du retrait préventif afin d'assurer aux femmes l'accès à tous les emplois. Il faut conséquemment développer et prescrire des normes de prévention plus sévères adaptées aux milieux de travail afin de réaliser l'assainissement de ces mêmes milieux de travail au profit de toutes les travailleuses et de tous les travailleurs.** Si les travailleuses enceintes ont servi de référence dans la mise à jour d'éléments pouvant comporter une menace à la santé et à la sécurité au travail, il nous paraît maintenant souhaitable que, dans l'identification des milieux dangereux, on tienne compte des risques susceptibles d'affecter l'appareil reproducteur des hommes et des femmes.

Les zones dangereuses doivent être identifiées et les dispositifs nécessaires pour réduire, sinon éliminer les risques, doivent être mis en place. C'est là-dessus, à notre avis, qu'il faut mettre l'accent plutôt que sur le développement d'une "liste" de conditions pouvant permettre à une travailleuse enceinte d'être retirée de son emploi. Il faut avant tout que le milieu de travail soit exempt de risques parce que toute travailleuse enceinte a le droit d'occuper un emploi et de l'occuper aussi longtemps qu'elle le veut. À vouloir trop protéger, on en ferait une main-d'oeuvre d'exception; le résultat serait alors l'apparition de nouvelles barrières comme l'exclusion des femmes de certains emplois.

## 4.2 Les limites du retrait préventif

Il est important de revenir sur le fait que la loi (LSST) néglige les risques présents dans les milieux de travail qui peuvent avoir des effets sur la santé de l'un ou l'autre des parents potentiels avant la conception.

Le retrait préventif offre une protection à la femme enceinte à partir de l'instant où la grossesse est connue. Certaines conditions de travail peuvent cependant affecter la fonction reproductrice des hommes et des femmes avant ou au moment de la conception.

> "Un toxique peut soit altérer les chromosomes, soit agir sur l'ovulation, la spermatogenèse ou la fécondation [...] Chez l'homme, la période la plus sensible est celle de la production des spermatozoïdes (période d'environ trois mois avant la conception). Chez la femme, il n'y a pas de période de vie plus sensible qu'une autre : la totalité des ovules qui seront libérés au cours de sa vie sont en effet présents dès la naissance, et ils sont donc susceptibles d'être altérés à tout moment."[3]

Comme nous l'avons vu précédemment, chez les hommes, l'exposition à certains produits chimiques peut entraîner des anomalies des spermatozoïdes, la baisse de la libido, l'impuissance et la diminution du nombre des spermatozoïdes. La chaleur peut produire une baisse du nombre des spermatozoïdes et une atrophie des testicules; le bruit et les vibrations peuvent occasionner des troubles sexuels et une diminution de la fécondité[4]. Ces dommages au système reproducteur de l'homme peuvent non seulement nuire à la conception, mais aussi avoir des effets sur l'issue d'une grossesse de sa conjointe. On soupçonne, à titre d'exemple, que les hommes exposés au chlorure de vinyle (fabrication de produits de plastique) soient responsables d'issues de grossesse malheureuses chez leurs conjointes (fausses couches, mortinatalités)[5].

La présence de la femme dans un environnement professionnel malsain avant la conception peut entraîner des conséquences pour son propre système reproducteur et pour son enfant à naître. L'exposition à certains agresseurs chimiques ou physiques peut entraîner une réduction de la fertilité, des troubles menstruels, l'apparition de kystes ovariens et de cancer du système reproducteur ainsi que l'altération génétique des ovules[6].

Les atteintes causées à l'intégrité du système reproducteur de la travailleuse ou du travailleur échappent généralement au système d'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles à cause de la difficulté de prouver le lien entre ces problèmes de fertilité et l'exposition à un agresseur donné. Pourtant, la baisse de la fécondité, la frustration dans le désir d'enfant et les issues de grossesse malheureuses dues à des conditions de travail nocives entraînent des drames humains et, bien que difficilement comptabilisables, des dépenses au chapitre de la santé, des services sociaux et de l'éducation spécialisée qui sont assumées individuellement ou par l'ensemble des contribuables.

Le retrait préventif n'offre donc qu'une protection imparfaite, limitée aux seules femmes enceintes exposées personnellement à des conditions dangereuses. C'est bien pour cette raison qu'il doit être appliqué selon les dispositions et l'esprit de la loi, c'est-à-dire en accordant priorité à la modification du poste de travail et à la réaffectation. Le retrait préventif jouera son rôle dans l'amélioration de la protection de toutes les travailleuses et tous les travailleurs à la condition que les demandes de retrait préventif dans les secteurs à risques entraînent des modifications des conditions de travail, modifications qui seront bénéfiques à toute la main- d'oeuvre.

## 4.3 L'importance stratégique du retrait préventif

### 4.3.1 La présence de risque

Comme on a pu le constater, de plus en plus de recherches viennent confirmer la présence de risques dans les milieux de travail des femmes, enceintes particulièrement, milieux considérés historiquement comme peu dangereux. Le champ des connaissances relatives à la santé au travail des femmes qui s'est élargi, bien que faiblement, au cours des dernières années est vraisemblablement un facteur explicatif important en regard de la popularité de la mesure. On connaît encore très mal les risques liés à l'organisation du travail des femmes comme les cadences, les postures, le caractère répétitif ou la monotonie des tâches, le morcellement du travail, le stress, etc. À titre d'exemple, mentionnons que le principal reproche fait aux études qui arrivent à la conclusion que les faibles radiations émises par les écrans cathodiques ne constituent pas un risque pour les travailleuses, c'est de ne pas mesurer les effets de l'exposition à ces faibles radiations combinés à des agresseurs de type ergonomique sur la santé des femmes ou, en d'autres termes, de ne pas considérer l'interaction des produits et des conditions de travail.

### 4.3.2 La médicalisation de la grossesse

Si nous revenons aux raisons pouvant expliquer la popularité de la mesure, il semble que la présence d'un ou de plusieurs risques identifiés constitue le principal facteur qui incite les femmes à demander un retrait préventif, mais il ne serait pas le seul. Comme le signale l'étude du GRASP/sst, le recours au retrait préventif s'inscrirait également dans le contexte plus large de médicalisation de la grossesse. La médecine a défini le type de comportement que devraient adopter les femmes enceintes si elles veulent se donner toutes les chances d'avoir une issue de grossesse favorable. Malgré quelques résistances à cette médicalisation de la grossesse, les femmes se montrent très réceptives à l'égard de ces règles puisqu'il s'agit de ce qu'elles ont de plus précieux à ce moment, la santé de leur enfant. Les utilisatrices du retrait préventif n'auraient pas un comportement plus préventif, mais elles n'auraient pas non plus d'attitudes très différentes de celles de l'ensemble des travailleuses enceintes. Ainsi, selon les chercheurs et chercheuses, 49,1% des requérantes du retrait préventif ont consulté leur médecin entre dix et quinze fois pendant leur grossesse et près de 85% de celles qui vivaient leur première grossesse ont suivi un cours prénatal[7]. À titre de référence, mentionnons que le traité Prichard et MacDonald qui sert de base à l'enseignement de l'obstétrique au Canada et aux États-Unis recommande douze visites prénatales pour une grossesse normale, opinion qu'endossent la Corporation professionnelle des médecins du Québec et l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec[8].

Le transfert de ce comportement préventif dans leur milieu de travail serait un des éléments à l'origine d'une démarche pour se prévaloir d'un retrait préventif. Si la grande partie des utilisatrices de la mesure considèrent que, de façon générale, leur emploi comporte des dangers pour la santé, elles ne sont plus prêtes à prendre des risques lorsqu'elles sont enceintes. Ce besoin de sécurité et ce désir de prévention incitent plusieurs femmes enceintes à demander un retrait

préventif dès l'instant où leurs conditions de travail ne correspondent pas à des conditions normales pour le développement d'une grossesse.

### 4.3.3 Une réorientation nécessaire de la recherche

Les nombreuses demandes de retrait préventif ont, en quelque sorte, joué le rôle d'un signal d'alarme en attirant l'attention sur les risques que les femmes enceintes ou qui allaitent rencontrent dans leur milieu de travail. **L'avantage, non négligeable, du retrait préventif est de permettre, tout en visant la protection des femmes enceintes ou qui allaitent, de mettre en lumière des conditions souvent pénibles pour toutes les travailleuses et tous les travailleurs d'un secteur donné.**

Les efforts déployés par la CSST dans le domaine de la prévention touchent, à l'heure actuelle, très peu les emplois de femmes. En effet, d'abord préoccupée par l'élimination des accidents du travail, la CSST a identifié cinq secteurs prioritaires où les efforts sont concentrés. Ces secteurs sont le bâtiment et les travaux publics, la fabrication de produits en métal, les forêts et les scieries, l'industrie chimique et les mines, les carrières et les puits de pétrole[9]. Si la tendance actuelle n'est pas modifiée, on peut s'attendre à ce que de longs délais s'écoulent avant que les secteurs où travaillent massivement les femmes fassent l'objet d'une attention particulière de la CSST en matière de prévention.

**Jusqu'à maintenant, c'est presque par le seul biais de la grossesse que la recherche a progressé dans les secteurs d'activité à concentration féminine. À l'IRSST, le seul programme de recherche qui s'adresse spécifiquement à la santé des femmes se nomme "le Programme Travail et Grossesse".** L'analyse des études sur les risques reliés au travail et les conséquences sur la santé de la femme enceinte ou sur l'issue de grossesse révèle que les connaissances relatives aux effets de

conditions de travail malsaines sur la grossesse sont peu développées, surtout en ce qui concerne les interactions de divers agresseurs.

Il apparaît donc important de développer la recherche sur l'ensemble des secteurs où la main-d'oeuvre féminine est le plus exposée aux différents facteurs de risque.

### 4.4 Le retrait préventif et la responsabilité de l'employeur

La Loi sur les accidents du travail, adoptée en 1931, est le résultat d'un compromis, ou ce qu'il est maintenant convenu d'appeler "le contrat social de 1931", entre les employeurs et les travailleuses et travailleurs. D'une part, les travailleuses et travailleurs abandonnent leur droit de poursuivre en justice leur employeur pour des dommages causés par des accidents de travail et, d'autre part, l'employeur assure ses employés du versement d'une indemnité de remplacement du revenu.

En adhérant à ce compromis, les employeurs acceptaient la responsabilité de fournir des conditions de travail exemptes de risques ou d'en assumer les conséquences collectivement.

La Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles adoptée en 1985 s'appuie sur les mêmes principes. Les articles 438 et 439 édictent comme règle générale qu'une travailleuse ou un travailleur victime d'une lésion professionnelle, ou les bénéficiaires d'une indemnité suite à son décès, ne peuvent intenter une action en responsabilité civile contre l'employeur en raison de cette lésion professionnelle. Il est donc impossible à une travailleuse de poursuivre son employeur pour des lésions reliées à son état de grossesse causées par un agresseur présent dans son milieu de travail (fausse couche, complications de grossesse, naissance prématurée, etc.). En revanche, l'employeur s'engage à assumer les coûts de la santé et de la sécurité.

La Loi sur la santé et la sécurité du travail, adoptée en 1979, intègre l'objectif de prévention visant à éliminer à la source les risques pour la santé et la sécurité des travailleuses et travailleurs. Le retrait préventif, qui a été incorporé à cette loi, poursuit les mêmes objectifs et procède des mêmes principes de responsabilité des employeurs qui les obligent à fournir aux travailleuses enceintes de saines conditions de travail. L'article 9 de la loi prévoit que :

> "Le travailleur a droit à des conditions de travail qui respectent sa santé, sa sécurité et son intégrité physique." (LSST, c. S-2.1, art. 9)

Le retrait préventif, tel que défini dans la loi, n'est donc pas une mesure sociale. Pour cette raison, nous ne croyons pas que son financement doive être partagé entre les employeurs et les travailleuses et travailleurs ou qu'il doive être assumé par l'État.

Le retrait préventif, s'il est appliqué tel qu'il est prévu à la loi, n'est pas un privilège accordé aux femmes enceintes ou qui allaitent, mais le résultat d'une responsabilité de l'employeur. Il concerne le droit que possèdent tous les travailleurs et travailleuses à des conditions de travail saines. Les employeurs sont les principaux responsables de l'organisation du travail; ils doivent donc assumer les coûts du retrait préventif en accordant aux travailleuses enceintes des conditions de travail qui respectent leur état. Accepter de considérer le retrait préventif comme étant une mesure sociale uniquement, c'est refuser de reconnaître l'existence de risques dans les milieux de travail et la responsabilité consécutive de l'employeur d'assurer aux travailleuses enceintes, mais également à l'ensemble des travailleuses et des travailleurs, des conditions et un environnement de travail exempts de risques pour leur santé.

**NOTES**

1. Beth SYMES et Colleen SHEPPARD, Le défi du double emploi, Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, Ottawa, 1984, p. 6.

2. Ronald BAYER, "Reproduction Hazards in the Workplace : Bearing the Burden of Fetal Risk", Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society, vol. 60, n° 4, 1982, p. 638-639.

3. Bernard CASSOU et al., Les risques du travail : pour ne pas perdre sa vie à la gagner, Paris, Editions de la Découverte, 1985, p. 238.

4. Nancy MILLER-CHÉNIER, Fécondité humaine et milieu de travail : à vos risques et périls, Canada, Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, 1982, p. 30-31.

5. Peter F. INFANTE, "Genetic Risks of Vinyl Chloride", The Lancet I, 3 avril 1976, p. 734.

6. Nancy MILLER-CHÉNIER, op. cit., p. 30-31.

7. Pierre BOUCHARD et Geneviève TURCOTTE, "La maternité en milieu de travail ou pourquoi les Québécoises sont-elles si nombreuses à demander un retrait préventif?", Sociologie et sociétés, vol. XVIII, n° 2, octobre 1986, p. 124.

8. "Visites prénatales : les milieux médicaux satisfaits de la politique de Lavoie-Roux", La Presse, Montréal, 9 juin 1987.

9. Rapport annuel 1982, Québec, CSST, p. 56.

## CONCLUSION

Cette étude, nous le croyons, répond aux questions qu'a posées la ministre déléguée à la Condition féminine quand elle a demandé au Conseil du statut de la femme de faire l'évaluation du programme du retrait préventif.

À la question "Le programme du retrait préventif est-il surutilisé?", nous sommes maintenant en mesure, à partir des résultats des plus récentes études dont nous disposons, de répondre par la négative. Les retraits préventifs ont été accordés parce que les conditions de travail des travailleuses enceintes ont été considérées "à risque". Cette question fait toutefois référence au nombre de retraits du milieu de travail. Si nous nous étonnons que ce nombre soit si élevé, c'est que jusqu'à maintenant le programme n'a pas été appliqué comme le prévoit la loi.

Nous touchons ici à la deuxième question qui a guidé notre étude, à savoir : "Où en sommes-nous avec la réaffectation?". Ainsi, si le nombre de retraits préventifs est élevé, c'est que les postes n'ont pas été modifiés ou encore que les travailleuses enceintes n'ont pas été affectées temporairement à d'autres postes; les employeurs et les travailleuses aussi d'ailleurs ont cru, à tort, que l'objectif du programme était le retrait du travail. C'est là une différence majeure dans l'orientation du programme.

La troisième question "Le programme doit-il demeurer sous la responsabilité des employeurs?" concerne le financement du programme. À cette question, nous répondons par l'affirmative. En conséquence, il faut trouver des moyens pour inciter les employeurs à éliminer les dangers sur les lieux de travail; c'est alors que les coûts globaux du programme diminueront. D'autres alternatives au financement du programme ne nous permettraient pas de réaliser aussi efficacement

cet objectif. Ainsi, un scénario basé sur le principe du pollueur-payeur ne garantirait pas la modification des postes ou la réaffectation et pourrait donc vraisemblablement avoir des effets négatifs à l'égard de l'embauche des femmes. À l'autre extrême, un scénario basé sur le financement par l'État ne nous paraît pas respecter le principe de l'équité : pourquoi l'ensemble d'une société paierait-elle parce que les employeurs, qui sont les principaux responsables de ce qui se passe dans leurs entreprises, n'offrent pas de saines conditions de travail à leur main-d'oeuvre?

La déviation de l'application de la loi que représentent à nos yeux le peu de réaffectations et de modifications de postes par rapport aux retraits du travail est inquiétante. En effet, le retrait préventif, en attirant l'attention sur des conditions de travail particulièrement dangereuses, devrait, dans l'esprit de prévention que sous-tend la loi, entraîner des modifications durables pour le bénéfice de toutes les travailleuses, de tous les travailleurs et de leurs enfants à naître. Il arrive, au contraire, que le retrait pur et simple de la travailleuse enceinte menacée a peu d'impact sur l'assainissement du milieu de travail.

Un tel état de choses nous fait craindre que le retrait préventif devienne une mesure qui marginaliserait la travailleuse enceinte et qui contribuerait à nuire à l'embauche des femmes dans certains secteurs d'emploi. C'est pourquoi nous estimons nécessaire que les employeurs fassent l'objet d'une attention particulière afin de les inciter à modifier les conditions de travail identifiées comme dangereuses à la suite de demandes de retrait préventif.

Dans des conditions saines, nous croyons qu'une femme peut généralement continuer d'exercer ses activités professionnelles habituelles si sa grossesse se déroule normalement. Le retrait préventif doit donc assurer à la fois la protection personnelle des travailleuses exposées à des dangers professionnels et l'atteinte d'objectifs collectifs que sont l'amélioration des conditions de travail et la conciliation de la maternité et du travail rémunéré.

**À la dernière question "Le retrait préventif doit-il être intégré à une politique globale de maternité?", nous répondons oui; le retrait préventif est un programme important qui, tout en conservant ses objectifs spécifiques de prévention et d'amélioration du milieu du travail, doit permettre de préserver la santé des travailleuses enceintes ou qui allaitent et celle de leur enfant. Tout en demeurant sous la responsabilité des employeurs, cette mesure devrait être intégrée à un ensemble de mesures (congé de maternité payé, congés parentaux...) destinées à favoriser une meilleure conciliation entre le travail et la maternité. Le CSF analysera sous peu les différents éléments d'une politique globale de maternité ainsi que les modalités de financement d'une telle politique.**

Le Conseil considère qu'il faut tout mettre en oeuvre pour sauvegarder la santé reproductive des femmes et assurer la protection de cette fonction importante qu'est la maternité. Il croit que, dans le milieu de travail, la responsabilité des employeurs devrait les amener à orienter leur action davantage vers la prévention. Il faut cependant reconnaître que les risques encourus dans les milieux de travail sont indissociables de ceux qui sont présents dans le milieu familial ou dans l'environnement en général : que l'on pense aux risques auxquels s'exposent les femmes qui travaillent à la maison (présence de produits toxiques, risques d'accidents, etc.), à la pollution de l'air et de l'eau, etc. L'interrelation de ces facteurs de risque avec ceux identifiés dans les milieux de travail n'est pas négligeable au point où il est parfois difficile d'isoler leurs effets. En matière de prévention, la responsabilité des employeurs est donc indissociable des efforts qui devraient être déployés par tous ceux et celles qui sont concernés pour sauvegarder les capacités reproductives des femmes et des hommes ainsi que la santé des femmes enceintes ou qui allaitent et celle de leurs enfants; ce qui pourrait être une priorité pour les années à venir.

**Les recommandations du CSF**

**Voici, en terminant, quelles sont les principales recommandations qui découlent de ces analyses et qui, si elles sont suivies, permettront de mieux répondre aux objectifs que poursuit le CSF en vue de favoriser une meilleure protection de la santé des travailleuses enceintes ou qui allaitent tout en préservant leur droit au travail et en favorisant l'assainissement des milieux de travail pour elles-mêmes, mais également pour l'ensemble des travailleurs et travailleuses du Québec.**

Ces recommandations visent une plus grande efficacité du retrait préventif. Toutefois, les correctifs suggérés ne prétendent pas régler le problème, très particulier et très important, des travailleuses qui ont des complications dans le déroulement de leur grossesse sans lien avec leurs conditions de travail. Elles n'ont pas non plus comme objectif d'harmoniser les différents programmes existant à l'égard de la maternité en termes de complexité dans les démarches administratives et surtout en termes de différence dans les niveaux de remplacement du revenu. Ces deux éléments seront examinés dans le cadre d'une politique de maternité ou de congés parentaux.

**Le CSF propose donc :**

- <u>En regard de la responsabilité des employeurs</u>

  . **que les employeurs continuent à financer le retrait préventif parce qu'ils ont la responsabilité d'offrir à leurs employées et employés des conditions de travail exemptes de danger dans le cadre de la Loi sur la santé et la sécurité du travail.**

- <u>En regard des objectifs du retrait préventif</u>

  . **que la CSST sensibilise les employeurs à l'importance de maintenir la participation au travail salarié des travailleuses enceintes ou qui allaitent dans une perspective de conciliation du travail et de la maternité;**

- **que la CSST précise clairement qu'une travailleuse admissible au retrait préventif peut bénéficier d'une modification de son poste, d'une réaffectation, et en dernier lieu, d'un retrait du travail;**

- **que la CSST accorde le soutien technique aux employeurs leur permettant de développer des politiques de modifications de postes ou de réaffectations prioritairement dans les milieux où les facteurs de risque sont importants;**

- **que la CSST étudie la possibilité d'instaurer un incitatif financier afin d'amener les employeurs à modifier les postes ou à réaffecter les travailleuses admissibles au retrait préventif, par exemple : participer, au besoin et selon des modalités à définir, aux frais encourus par les employeurs pour la réorganisation du travail, ou instaurer une prime aux employeurs méritants, à même les fonds ainsi économisés.**

- <u>En regard de l'accessibilité du retrait préventif et de l'information</u>

- **que la CSST mette en place les mécanismes permettant la diffusion d'informations sur l'existence du retrait préventif dans les milieux de travail où se trouvent les femmes;**

  ° la priorité devrait être accordée aux catégories professionnelles qui apparaissent les moins bien informées et aux milieux où les risques pour la santé des femmes sont les plus importants;

- **que la CSST informe les travailleuses enceintes ou qui allaitent de leurs droits et recours ainsi que de leurs devoirs (consultation d'un médecin, obtention du certificat médical, demande d'affectation...) en regard du retrait préventif;**

- **que la CSST comble le manque d'informations des différents intervenants en regard des objectifs et du fonctionnement du programme du retrait préventif.**

  Nous proposons l'envoi d'une pochette aux médecins traitants, aux médecins des DSC, aux syndicats et aux employeurs contenant :

  ° les dispositions de la loi relative au retrait préventif;

  ° des brochures, guides ou documents expliquant les obligations de chacun comme la nécessité de réaffecter ou de modifier le poste de travail pour l'employeur, l'obligation pour le médecin traitant de consulter le médecin du DSC, etc.;

- **que la CSST sensibilise les employeurs et les travailleuses aux différents facteurs de risque présents dans les milieux de travail.**

  Cette sensibilisation serait axée sur les dangers susceptibles de se manifester en début de grossesse et sur ceux susceptibles d'avoir des impacts sur la capacité de reproduction des hommes et des femmes.

- <u>En regard de l'exercice du droit des travailleuses au retrait préventif</u>

  - **que la CSST voit à s'assurer que les politiques régionales de gestion (bureaux régionaux de la CSST) permettent un traitement équitable des demandes de retrait préventif;**

  - **que la CSST développe un mécanisme permettant de réduire les délais (et, au besoin, de simplifier les procédures) à tous les niveaux d'intervention; l'accent devant être mis sur le développement d'un processus accéléré dans les cas jugés prioritaires par le médecin traitant;**

  - **que les DSC disposent des ressources humaines nécessaires afin de leur permettre d'assumer les responsabilités qui leur sont confiées dans l'application du retrait préventif;**

  - **qu'en cas de refus de l'employeur de payer les cinq premiers jours d'absence de la travailleuse enceinte ou qui allaite, la CSST verse cette indemnité et qu'elle la facture à l'employeur par la suite;**

  - **que la CSST réclame l'"Avis de l'employeur et demande de prestations" à l'employeur aussitôt qu'elle a reçu le certificat médical d'une travailleuse enceinte dans le but de réduire les délais;**

  - **que la CSST informe les employeurs que, lorsqu'ils affectent une travailleuse à un poste qui prévoit un salaire moindre que celui que reçoit cette travailleuse dans son poste régulier, elle comble la différence entre la rémunération du poste régulier et celle du nouveau poste.**

- <u>En regard de la clarification des rôles des intervenants</u>

  - **qu'à la lumière de la jurisprudence récente, la CSST modifie ses pratiques administratives pour assurer le respect des dispositions relatives au retrait préventif, notamment à l'égard de la prépondérance du certificat émis par le médecin traitant (Loi S-2.1, art. 40 à 48);**

- que les médecins de DSC, lors de l'évaluation du poste de la travailleuse enceinte ou qui allaite, proposent à l'employeur des moyens de modifier le poste de travail, particulièrement si ce poste présente des risques pour les travailleuses et les travailleurs en général.

- En regard de la protection des droits des travailleuses

  - que les travailleuses enceintes ou qui allaitent puissent bénéficier du droit de refus prévu à l'article 12 de la LSST et reconnu à toute travailleuse et tout travailleur;

  - que des dispositions soient prises afin que les travailleuses à l'emploi du gouvernement fédéral ou d'entreprises de juridiction fédérale soient couvertes par les dispositions relatives au retrait préventif;

  - que la Loi sur l'assurance-chômage spécifie que les semaines pendant lesquelles une travailleuse enceinte ou qui allaite est retirée du travail sont des semaines assurables.

- En regard de l'objectif de prévention

  - que la CSST mette sur pied un comité d'experts et d'expertes en santé et sécurité du travail (représentants de DSC et du milieu de la recherche) dont le mandat serait :

    - d'estimer l'importance du nombre de travailleuses exposées à différents facteurs de risque;

    - d'identifier les postes de travail où il y a une plus forte demande de retrait préventif;

    - d'analyser les conditions de travail présentes dans ces postes de travail;

    - de proposer des moyens permettant d'éliminer les conditions de travail malsaines pour la santé de la travailleuse en général, et pour celle de la travailleuse enceinte ou qui allaite, de celle de l'enfant à naître ou de l'enfant allaité;

  - que la CSST développe des outils et des guides auxquels pourront se référer les médecins traitants, les médecins de DSC et les représentants de la CSST lors d'une demande de retrait préventif; ces guides pourraient faire état des différents facteurs de risque présents dans les milieux de travail et de leurs effets possibles sur la grossesse;

- que soient maintenus et consolidés les programmes de formation en santé et sécurité au travail;

- que la recherche en santé et sécurité du travail soit intensifiée; qu'elle porte principalement sur :

  - l'identification des facteurs de risque les plus importants dans les milieux de travail où il y a des femmes;

  - les dangers liés à l'interaction des produits;

  - les effets des agresseurs moins connus (physiques, psychosociaux...);

  - les effets de certains agresseurs sur le système reproducteur des hommes et des femmes.

- <u>En regard d'une politique globale de maternité</u>

  - que le retrait préventif soit maintenu et intégré à une politique globale de maternité en complémentarité avec un ensemble de mesures coordonnées destinées à concilier le travail et la maternité : congés de maternité, congés parentaux, etc.

**BIBLIOGRAPHIE**


Au lac de l'échelle, "présentation orale à la Commission permanente du travail chargée de l'examen de l'administration et du fonctionnement de la CSST", 13 décembre 1983, Journal des Débats, n° 202, p. B-11 115 - B-11 130.

BAYER, Ronald. "Reproductive Hazards in the Workplace : Bearing the Burden of Fetal Risk", Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society, vol. 60, n° 4, 1982, p. 633-356.

BEAUREGARD, Diane, "Les nouvelles tendances applicables au retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite mais avant tout l'affectation", conférence tenue le 7 octobre à Montréal et le 28 octobre 1987 à Québec, à l'intention des membres de l'Association des hôpitaux du Québec, 27 p.

BÉLANGER, Suzanne. "Le retrait préventif de la travailleuse enceinte", Revue juridique "La femme et le droit", vol. 1, n° 2, 1986, p. 498-504.

BÉLANGER, Suzanne et Marie BELLEMARE. Le travail de bureau, incluant le travail devant l'écran cathodique, et ses conséquences sur la santé des travailleuses, Québec, ministère des Affaires sociales, 1982, 71 p.

BHÉRER, Jacinthe et al. Rapport du Comité de travail du Comité ministériel de la condition féminine sur le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite; document de travail. Québec, Comité ministériel de la condition féminine, août 1984, 54 p.

BLOUIN, Rodrigue et al. Les lésions professionnelles, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1987, 296 p.

BOIVIN, Micheline et al. Mémoire du Conseil du statut de la femme à la Commission consultative sur le travail, Québec, Conseil du statut de la femme, 1984, 188 p.

BOIVIN, Micheline et al. Mémoire présenté à la Commission parlementaire concernant le Projet de loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles (projet de loi 42 de 1983), Québec, Conseil du statut de la femme, 1984, 37 p.

BOUCHARD, Pierre et Geneviève TURCOTTE. "La maternité en milieu de travail ou pourquoi les Québécoises sont-elles si nombreuses à demander un retrait préventif?", Sociologie et sociétés, vol. XVIII, n° 2, octobre 1986, p. 113-128.

BRIDBORD, Kenneth. "Occupational Lead Exposure and Women", Preventive Medicine, vol. 7, n° 3, septembre 1978, p. 311-321.

CANADA. COMMISSION D'ENQUÊTE SUR L'ASSURANCE-CHÔMAGE. Rapport de la Commission d'enquête sur l'assurance-chômage, La Commission, 1986, 559 p.

CANADA. COMMISSION DE LA FONCTION PUBLIQUE DU CANADA. Rapport annuel 1985, 1986, 116 p.

CANADA. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL. La travailleuse enceinte - document de référence à l'intention des professionnels de la santé, 186 p.

CANADA. MINISTÈRE DU TRAVAIL. Étude de l'emploi à temps partiel dans les secteurs réglementés par le gouvernement fédéral, vol. 1, 1985, 52 p.

CASSOU, Bernard et al. Les risques du travail : pour ne pas perdre sa vie à la gagner, Paris, Editions de la Découverte, 1985, 640 p.

CHAGNON, André. "La gestion du dossier des retraits préventifs à la Cité de la santé de Laval", Revue administration hospitalière et sociale, novembre/décembre 1987, p. 12-15.

CLERMONT, Louise. Réactions du CSF au rapport de la Commission consultative sur le travail et la révision du Code du travail, Québec, Conseil du statut de la femme, 1986, 178 p.

CORBETT, Thomas H. et al. "Birth Defects among Children of Nurse-anesthetists", Anesthesiology, vol. 41, n° 4, octobre 1974, p. 341-344.

DALLAIRE, Gilles. "Le retrait préventif est une farce monumentale", La Tribune, Sherbrooke, mardi 17 mai 1988.

DAVID, Hélène et Dominique LE BORGNE. "Au Québec : la santé et la sécurité des travailleuses" dans La santé des femmes au travail, Montréal, Parti Pris Ouvrier n° 5, 1983, p. 299-349.

DE KONINCK, Maria. "Droit de refus et retrait préventif : succès ou échec?", dans Régimes de santé et sécurité et relations de travail, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1984, p. 159-164.

DE KONINCK, Maria. Éléments pour une problématique de la santé des femmes au travail, Québec, ministère des Affaires sociales, 1983, 33 p.

DE KONINCK, Maria. Réflexion sur le retrait préventif : document de travail, Québec, ministère des Affaires sociales, Service de la santé au travail, novembre 1982, 14 p.

DEMERS, Huguette. Monographie sur les conditions de travail dans les entreprises de nettoyage à sec et les buanderies, ministère des Affaires sociales, Service de santé au travail, 1982, 41 p.

DEMERS, Serge et Alain LAROUCHE. La santé et la sécurité du travail dans les conventions collectives québécoises, Québec, Commission de la santé et de la sécurité du travail, 1988, 179 p.

DÉPARTEMENT DES RELATIONS INDUSTRIELLES DE L'UNIVERSITÉ LAVAL. Les lésions professionnelles, rapport du XLII$^{e}$ congrès du Département des relations industrielles de l'Université Laval tenu les 27 et 28 avril 1987, Les Presses de l'Université Laval, Québec, 1987, 296 p.

FERRON, Madeleine. Étude exploratoire sur l'exercice du droit au retrait préventif par la travailleuse enceinte dans le secteur de la restauration, Montréal, Hôpital Saint-Luc, Département de santé communautaire, 1986, 165 p.

FORTIER, Christine. Devenir mère, "par-dessus le marché" : étude exploratoire sur le retrait préventif de la travailleuse enceinte dans le secteur des marchés d'alimentation, Montréal, Hôpital Charles-Le Moyne, Département de santé communautaire, Santé au travail, 1986, 79 p.

GOULET, Lise et Alain MESSIER. "Le retrait préventif : rôles du médecin traitant et du médecin-conseil du DSC", Le Médecin du Québec, juin 1983, p. 71-73.

HEMMINKI, Kari et al. "Genetic Risks Caused by Occupational Chemicals", Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, vol. 5, n° 4, décembre 1979, p. 307-327.

HOLMBERG, Peter C. "Central-Nervous-System Defects in Children Born to Mothers Exposed to Organic Solvents During Pregnancy", The Lancet II, 28 juillet 1979, p. 177-179.

HUNT, Vilma R. "Occupational Radiation Exposure of Women Workers", Preventive Medicine, vol. 7, n° 3, 1978, p. 294-310.

HUOT, Johanne. Monographie sur les conditions de travail dans le secteur du textile, ministère des Affaires sociales, Service de la santé au travail, 1982, 76 p.

INFANTE, Peter F. "Genetic Risks of Vinyl Chloride", The Lancet I, 3 avril 1976, p. 734-735.

KAYE, Lynn. Reproductive Hazards in the Workplace : Some Cases, Toronto, National Action Committee on the Status of Women, 1986, 51 p.

LAVIGNE, Marie et Suzanne MESSIER. Commentaires sur le Projet de loi 17 sur la santé et la sécurité au travail, Québec, Conseil du statut de la femme, 1979, 21 p.

LEGAULT, Sylvie. La réaffectation : une alternative au retrait préventif - Préenquête sur l'affectation de poste de la travailleuse enceinte sur le territoire d'un DSC de la région de Montréal, Montréal, Université de Montréal, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention en santé et en sécurité du travail, 1985, 12 p.

LEGAULT, Sylvie et Deena WHITE. Rapport de recherche sur le retrait préventif de la travailleuse enceinte dans les industries manufacturières du cuir, du vêtement et du textile, Montréal, Hôpital Sacré-Coeur, Département de santé communautaire, 1986, 66 p.

LEMASTERS, Grace K. et al. "Reproductive Outcome in Women Exposed to Solvents in 36 Reinforced Plastics Companies", Journal of Occupational Medicine, vol. 27, n° 7, juillet 1985, p. 490-494.

Loi sur la santé et la sécurité du travail, L.R.Q., chapitre S-2.1.

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, L.R.Q., chapitre A-3.001.

MAILLOUX, Thérèse. "Retrait préventif", dans Normes du travail : impacts sur la gestion des ressources humaines et sur les rapports collectifs du travail. Acte du XVe Colloque de relations industrielles 1984, Montréal, Université de Montréal, 1985, p. 240-244.

MAMELLE, Nicole et al. "Prematurity and Occupational Activity During Pregnancy", American Journal of Epidemiology, vol. 119, n° 3, mars 1984, p. 309-322.

MCDONALD, Alison D. et al. "Occupation and pregnancy outcome", British Journal of Industrial Medicine", n° 44, 1987, p. 521-526.

MCDONALD, Alison D. et al. "Spontaneous Abortion and Occupation", Journal of Occupational Medicine, vol. 28, n° 12, décembre 1986, p. 1232-1238.

MCDONALD, Alison D. et al. "Visual Display Units and Pregnancy : Evidence from the Montreal Survey", Journal of Occupational Medicine, vol. 28, n° 12, décembre 1986, p. 1226-1231.

MCDONALD, J.C. et al. "Chemical exposures at work in early pregnancy and congenital defect : a case-referent study", British Journal of Industrial Medicine, n° 44, 1987, p. 527-533.

MCINNES, Craig. "Birth Defect Rate Above Normal, Farm Study Says", The Globe and Mail, 23 janvier 1988.

MEIRIK, Olav et al. "Major Malformations in Infants Born to Women Who Worked in Laboratories While Pregnant", The Lancet II, 14 juillet 1979, p. 91.

Mémoire à la Commission consultative sur le travail (Commission Beaudry), Montréal, Conseil du patronat du Québec, 1984, 235 p.

Mémoire présenté au ministre du Travail, de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu, M. Pierre Paradis - "Propositions pour une révision en profondeur du régime québécois de santé et de sécurité du travail", Montréal, Conseil du patronat du Québec, 1986, 29 p.

MESSIER, Suzanne. "Le projet de loi 17 doit protéger davantage les travailleuses enceintes", Le Devoir, 1er octobre 1979.

MESSIER, Suzanne. Les femmes ça compte, Québec, Conseil du statut de la femme, 1984, 200 p.

MESSING, Karen. "Est-ce qu'on protège la travailleuse enceinte au Québec?", L'Union médicale du Canada, tome III, février 1982, p. 155-164.

MEYER, Mary B. et James A. TONASCIA. "Possible Effects of X-Ray Exposure During Fetal Life on the Subsequent Reproductive Performance of Human Females", American Journal of Epidemiology, vol. 98, n° 3, septembre 1973, p. 151-160.

MILLER-CHÉNIER, Nancy. Fécondité humaine et milieu de travail : à vos risques et périls, Canada, Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, 1982, 114 p.

NEMEC, Margaret. "Warning : This Job May Be Dangerous to Your Offsprings", Occupational Hazards, vol. 41, n° 4, avril 1979, p. 37-40.

"Privatisation/déréglementation/sous-traitance : Nous ne sommes pas dupes", Colloque de la Fédération des travailleurs du Québec, Montréal, 20 et 21 septembre 1986, Fédération des travailleurs du Québec, 1986, 91 p.

QUÉBEC. COMMISSION CONSULTATIVE SUR LE TRAVAIL ET LA RÉVISION DU CODE DU TRAVAIL. Le travail, une responsabilité collective : Rapport final de la Commission consultative sur le travail et la révision du Code du travail, La Commission, 1985, 490 p.

QUÉBEC. COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL. Rapports annuels de 1981 à 1987.

QUÉBEC. COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL. Retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite - Statistiques 1981-1984, 1986, 102 p.

QUÉBEC. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. Pour les Québécoises : égalité et indépendance, 1978, 335 p.

QUÉBEC. GROUPE DE TRAVAIL SUR LA DÉRÉGLEMENTATION. Réglementer moins et mieux : rapport final du Groupe de travail sur la déréglementation, Conseil exécutif, 1986, 2 volumes.

QUÉNIART, Anne. On mérite bien un congé : rapport de recherche sur le retrait préventif de la travailleuse enceinte dans le secteur des hôpitaux et des services sociaux, Montréal, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Département de santé communautaire, Santé au travail, 1986, 216 p.

RENAUD, Marc et Geneviève TURCOTTE. Comment les travailleuses enceintes voient leur travail, ses risques et le droit au retrait préventif, rapport de recherche, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention en santé et la sécurité du travail, Université de Montréal, Montréal, juillet 1988, 554 p.

RESSLER, Gale A. "The Growing Concern Over the Health of the Working Woman", Occupational Hazards, vol. 39, n° 2, février 1977, p. 59-62.

RICE, Jerry M. "Perinatal Period and Pregnancy : Intervals of High Risk for Chemical Carcinogens", Environmental Health Perspectives, vol. 29, avril 1979, p. 23-27.

ROAN, C.C. et al. "Spontaneous Abortions, Stillbirths, and Birth Defects in Families of Agricultural Pilots", Archives of Environmental Health, vol. 39, n° 1, février 1984, p. 56-60.

ROBERGE, Danielle. Les salons de coiffure, Montréal, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Département de santé communautaire, 1982, 17 p.

SAINT-GEORGES, Andrée. "Retrait préventif", dans Normes du travail : impacts sur la gestion des ressources humaines et sur les rapports collectifs du travail, Actes du XVe Colloque de relations industrielles 1984, Montréal, Université de Montréal, 1985, p. 245-255.

SAUREL-CUBIZOLLES, M.J. et al. "Activité professionnelle des femmes enceintes, surveillance prénatale et issue de grossesse", Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, vol. 11, n° 8, 1982, p. 959-967.

SMITH, Allan H. "Congenital Defects and Miscarriages among New Zealand 2, 4, 5-T Sprayers", Archives of Environmental Health, vol. 37, n° 4, août 1982, p. 197-200.

STATISTIQUE CANADA. La population active, catalogue n° 71-001, mensuel, décembre 1987, 162 p.

STATISTIQUE CANADA. Moyennes annuelles de la population active, catalogue n° 71-529, hors série 1975-1983, 544 p.

SYMES, Beth et Colleen SHEPPARD. Le défi du double emploi, Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, Ottawa, 1986, 33 p.

TANNENBAUM, Terry N. et Robert J. GOLDBERG. "Exposure to Anesthetic Gases and Reproductive Outcome", Journal of Occupational Medicine, vol. 27, n° 9, septembre 1985, p. 659-668.

TÉTREAULT, Pierrette. "Le droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte : à la portée de toutes", Travail et santé, vol. 2, n° 4, hiver 1986, s.p.

TÉTREAULT, Piérrette. Le droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte : une analyse de son application dans la région du Haut-Richelieu, Saint-Jean, Département de santé communautaire du Haut-Richelieu, 1985, 232 p.

Travailler et avoir des enfants en santé - le retrait préventif des femmes enceintes ou qui allaitent, Montréal, Confédération des syndicats nationaux, 1982, 40 p.

Travailler sans danger, Montréal, Confédération des syndicats nationaux, 1987, 39 p.

TRUDEAU, Gilles et Jean-Pierre VILLAGGI. "Le retrait préventif de la femme enceinte en vertu de la Loi sur la santé et la sécurité du travail : où en sommes-nous?", Revue du Barreau, tome 46, n° 3, mai-juin 1986, p. 477-490.

VINET, Alain et al. Rapport de recherche - Les effets à long terme de la rémunération à la pièce sur la santé : une étude rétrospective auprès des opératrices de l'industrie du vêtement, Québec, Université Laval, Groupe interdisciplinaire de recherche sur l'organisation, la santé et la sécurité du travail, 1986, 92 p.

TABLEAUX

Tableau 1

**Évolution des coûts du retrait préventif et des dépenses de la CSST, 1981-1987**

| ANNÉE | INDEMNITÉS VERSÉES RETRAIT PRÉVENTIF | | | COÛTS D'ADMINISTRATION DE LA CSST | | | INDEMNITÉS VERSÉES RÉPARATION | | | DÉPENSES TOTALES DE LA CSST | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | (Milliers $) | % | Taux de croissance | (Milliers $) | % | Taux de croissance | (Milliers $) | % | Taux de croissance | (Milliers $) | % | Taux de croissance |
| 1981 | 2 600 | 0,3 | - | 86 707 | 9,9 | - | 526 926 | 60,7 | - | 878 101 | 100,0 | - |
| 1982 | 10 600 | 1,1 | 307,7 | 95 320 | 10,1 | 9,9 | 584 103 | 61,7 | 10,9 | 946 137 | 100,0 | 7,7 |
| 1983 | 11 000 | 1,1 | 3,8 | 88 402 | 9,1 | (7,3) | 582 011 | 60,1 | (0,4) | 968 15[illegible] | 100,0 | 2,3 |
| 1984 | 16 469 | 1,5 | 49,7 | 102 358 | 9,7 | 15,8 | 705 585 | 64,5 | 21,2 | 1 093 118 | 100,0 | 12,9 |
| 1985 | 26 529 | 2,0 | 61,1 | 109 026 | 8,2 | 6,5 | 721 804 | 54,0 | 2,3 | 1 337 353 | 100,0 | 22,3 |
| 1986 | 33 495 | 2,3 | 26,1 | 119 454 | 8,0 | 9,6 | 861 712 | 58,0 | 19,4 | 1 485 207 | 100,0 | 11,0 |
| 1987 | 37 842 | 2,7 | 13,1 | 114 863 | 8,1 | (3,8) | 898 736 | 63,2 | 4,3 | 1 422 906 | 100,0 | (4,2) |

Source : CSST, Rapports annuels de la CSST de 1981 à 1987.

Tableau 2

**Statistiques selon le secteur d'activité économique, 1987**

| SECTEUR ÉCONOMIQUE | ÉTABLISSEMENTS (No) | TRAVAILLEURS ET TRAVAILLEUSES[1] (No) | COTISATIONS[2] RETRAIT PRÉVENTIF (Milliers $) | RETRAIT PRÉVENTIF COTISATIONS MOYENNES[2] PAR ÉTABLISSEMENT ($) | PAR TRAVAILLEUR ($) |
|---|---|---|---|---|---|
| Bâtiment | 18 707 | 105 843 | 2 071 | 110,70 | 19,57 |
| Industrie chimique | 467 | 25 248 | 617 | 1 321,20 | 24,43 |
| Forêt et scierie | 2 679 | 26 784 | 656 | 244,87 | 24,49 |
| Mines, carrières et puits de pétrole | 511 | 19 528 | 585 | 1 144,81 | 29,96 |
| Fabrication de produits en métal | 2 155 | 34 662 | 888 | 412,05 | 25,62 |
| Industrie du bois | 1 300 | 18 978 | 331 | 254,62 | 17,44 |
| Industrie du caoutchouc et du plastique | 500 | 17 644 | 348 | 696,00 | 19,72 |
| Fabrication d'équipement de transport | 427 | 36 208 | 902 | 2 112,41 | 24,91 |
| Première transformation des métaux | 138 | 25 667 | 818 | 5 927,54 | 31,87 |
| Fabrication des produits minéraux non métalliques | 669 | 14 884 | 344 | 514,20 | 23,11 |
| Administration publique | 4 691 | 135 126 | 3 681 | 784 70 | 27,24 |
| Aliments et boissons | 1 753 | 56 457 | 1 329 | 758 13 | 23,54 |
| Industrie du meuble | 1 281 | 20 729 | 390 | 304,45 | 18,81 |
| Industrie du papier et activités diverses | 241 | 44 557 | 1 206 | 5 004,15 | 27,07 |
| Transport et entreposage | 6 645 | 49 557 | 1 329 | 200,00 | 26,82 |
| Commerce | 48 980 | 456 459 | 7 378 | 150,63 | 16,16 |
| Industrie du cuir | 250 | 7 972 | 157 | 628,00 | 19,69 |
| Fabrication de machines | 482 | 18 599 | 380 | 788,38 | 20,43 |
| Industrie du tabac | 17 | 3 453 | 103 | 6 058,82 | 29,83 |
| Industrie du textile | 611 | 28 049 | 564 | 923,08 | 20,11 |

Tableau 2

**Statistiques selon le secteur d'activité économique, 1987**
(suite)

| SECTEUR ÉCONOMIQUE | ÉTABLISSEMENTS (No) | TRAVAILLEURS ET TRAVAILLEUSES[1] (No) | COTISATIONS[2] RETRAIT PRÉVENTIF (Milliers $) | RETRAIT PRÉVENTIF COTISATIONS MOYENNES[2] PAR ÉTABLISSEMENT ($) | PAR TRAVAILLEUR ($) |
|---|---|---|---|---|---|
| Autres services commerciaux et personnels | 42 946 | 412 442 | 5 694 | 132,59 | 13,81 |
| Communication, transport d'énergie et autres services publics | 2 173 | 84 969 | 1 901 | 874,83 | 22,37 |
| Imprimeries, édition et activités annexes | 1 906 | 34 850 | 840 | 440,71 | 24,10 |
| Fabrication de produits du pétrole et du charbon | 26 | 2 985 | 57 | 2 192,31 | 19,10 |
| Fabrication de produits électriques | 550 | 32 416 | 955 | 1 736,36 | 29,46 |
| Agriculture | 14 997 | 16 805 | 246 | 16,46 | 14,64 |
| Bonneterie et habillement | 2 337 | 71 959 | 1 021 | 436,88 | 14,19 |
| Enseignement | 4 756 | 200 535 | 4 944 | 1 039,53 | 24,65 |
| Finances, assurances et affaires immobilières | 10 810 | 135 211 | 3 085 | 285,38 | 22,82 |
| Services médicaux et sociaux | 9 921 | 249 783 | 4 888 | 492,70 | 19,57 |
| Chasse et pêche | 407 | 395 | 10 | 24,57 | 25,32 |
| Industries manufacturières diverses | 1 075 | 23 758 | 275 | 255,81 | 11,58 |
| Dossiers non codifiés | 5 151 | - | - | - | - |
| TOTAL | 189 509 | 2 412 512 | 47 993 | 253,25 | 19,89 |

1. Les données ne sont pas ventilées selon le sexe.
2. Ces statistiques ont été calculées par les chercheuses du CSF.

Source : CSST, Rapport annuel 1987, tableau p. 50.

Tableau 3

**Répartition des demandes de retrait préventif, 1981-1987**

| Année | 1981 | | | 1982 | | | 1983 | | | 1984 | | | 1985 | | | 1986 | | | 1987 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nb. | % | Taux crois. | Nb. | % | Taux crois. | Nb. | % | Taux crois. | Nb. | % | Taux crois. | Nb. | % | Taux crois. | Nb. | % | Taux crois. | Nb. | % | Taux crois. |
| Acceptées | 1 141 | 91,9 | - | 3 317 | 84,8 | 190,7 | 3 470 | 84,2 | 4,6 | 6 141 | 85,4 | 77,0 | 9 104 | 83,0 | 48,2 | 10 407 | 81,6 | 14,3 | 11 317 | 78,9 | 8,7 |
| Refusées | 60 | 4,9 | - | 390 | 10,0 | 561,7 | 401 | 9,7 | 2,8 | 512 | 7,1 | 27,7 | 1 513 | 13,8 | 195,5 | 1 862 | 14,6 | 23,1 | 2 139 | 14,9 | 14,9 |
| Autres[1] | 40 | 3,2 | - | 205 | 5,2 | 412,5 | 250 | 6,1 | 22,0 | 539 | 7,5 | 115,6 | 348 | 3,2 | (35,4) | 485 | 3,8 | 39,4 | 881 | 6,2 | 81,6 |
| TOTAL | 1 241 | 100,0 | - | 3 912 | 100,0 | 215,2 | 4 121 | 100,0 | 5,3 | 7 192 | 100,0 | 74,5 | 10 965 | 100,0 | 52,5 | 12 754 | 100,0 | 16,3 | 14 337 | 100,0 | 12,4 |

1. Incluraît les demandes encore à l'étude à la CSST, les désistements et peut-être des affectations.

Sources : Marc RENAUD et Geneviève TURCOTTE, Comment les travailleuses enceintes volent leur travail, ses risques et le droit au retrait préventif, GRASP/sst, Montréal, juillet 1988, p. 21.

CSST, Rapports annuels 1986 et 1987.

Tableau 4

**Utilisatrices selon la durée de l'indemnisation, le montant de l'indemnité et le nombre moyen de semaines de grossesse, 1981-1985**

| | 1981 | 1982 | 1983 | 1984 | 1985 |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre de bénéficiaires[1] | 1 141 | 3 317 | 3 470 | 6 141 | 9 104 |
| Nombre moyen de semaines de grossesse réalisées au moment du retrait préventif[2] | 19,1 | 18,8 | 19,7 | 19,9 | .. |
| Nombre moyen de jours d'indemnisation[1] | 99,4 | 91,3 | 80,0 | 72,3 | 72,8 |
| Indemnité[1] | 3 800 $ | 3 640 $ | 3 291 $ | 3 056 $ | 3 140 $ |

1. Marc RENAUD et Geneviève TURCOTTE, op. cit., p. 364-366.
2. CSST, Retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite - Statistiques 1981-1984, Québec, 102 p., tableau 2.

.. Donnée non disponible.

Tableau 5

**Répartition des utilisatrices selon le trimestre de la grossesse, 1981-1985**

| TRIMESTRE DE LA GROSSESSE | 1981 % | 1982 % | 1983 % | 1984 % | 1985 % |
|---|---|---|---|---|---|
| Premier | 30,3 | 30,5 | 27,0 | 24,1 | 23,1 |
| Deuxième | 49,5 | 50,7 | 51,2 | 54,6 | 55,7 |
| Troisième | 20,2 | 18,8 | 21,8 | 21,2 | 21,2 |
| TOTAL | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Source : Marc RENAUD et Geneviève TURCOTTE, op. cit., p. 360.

Tableau 6

Évolution selon l'âge, 1981-1984

| ÂGE | 1981 | | 1982 | | 1983 | | 1984 | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Moins de 20 ans | 23 | 2,4 | 48 | 1,5 | 45 | 1,4 | 64 | 1,1 | 180 | 1,4 |
| 20 - 24 ans | 374 | 38,8 | 1 028 | 32,5 | 1 024 | 30,7 | 1 680 | 28,6 | 4 106 | 30,8 |
| 25 - 29 ans | 388 | 40,2 | 1 400 | 44,3 | 1 586 | 47,6 | 2 820 | 48,1 | 6 194 | 46,5 |
| 30 - 34 ans | 136 | 14,1 | 538 | 17,0 | 559 | 16,8 | 1 078 | 18,4 | 2 311 | 17,3 |
| 35 - 39 ans | 36 | 3,7 | 124 | 3,9 | 108 | 3,2 | 204 | 3,5 | 472 | 3,5 |
| 40 ans et plus | 5 | 0,5 | 18 | 0,6 | 10 | 0,3 | 19 | 0,3 | 52 | 0,4 |
| Indéterminé | 3 | 0,3 | 3 | 0,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 6 | 0,0 |
| TOTAL | 965 | 100,0 | 3 159 | 100,0 | 3 332 | 100,0 | 5 865 | 100,0 | 13 321 | 100,0 |
| Âge moyen | 25,9 | | 26,5 | | 26,5 | | 26,8 | | 26,6 | |

Source : CSST, Retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite - Statistiques 1981-1984, Québec, 1986, tableaux H et 8, p. 14-59.

Tableau 7

**Répartition des bénéficiaires de prestations de maternité et des demandes de retrait préventif selon la catégorie professionnelle (1982, 1985)**

| CATÉGORIE PROFESSIONNELLE | 1982 | | | 1985 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nombre de bénéficiaires de prestations de maternité[1] (A) | Nombre des demandes de retrait préventif[2] (B) | Rapport[3] % (B/A) | Nombre de bénéficiaires de prestations de maternité[1] (A) | Nombre des demandes de retrait préventif[2] (B) | Rapport[3] % (B/A) |
| Administratrices | 820 | 24 | 2,9 | 900 | 35 | 3,9 |
| Personnel enseignant | 2 360 | 225 | 9,5 | 2 070 | 556 | 26,9 |
| Travailleuses de la santé | 4 630 | 857 | 18,5 | 4 550 | 2 547 | 56,0 |
| Autres professionnelles | 1 400 | 35 | 2,5 | 1 590 | 87 | 5,5 |
| Employées de bureau (incluant les caissières) | 14 910 | 834 | 5,6 | 14 840 | 1 761 | 11,9 |
| Travailleuses dans la vente | 1 310 | 173 | 13,2 | 1 300 | 644 | 49,5 |
| Employées des services (privés et aux entreprises) | 2 260 | 642 | 28,4 | 2 450 | 1 702 | 69,5 |
| Travailleuses des industries de la transformation | 350 | 192 | 54,9 | 420 | 371 | 88,3 |
| Travailleuses spécialisées dans la fabrication | 2 230 | 256 | 11,5 | 2 440 | 903 | 37,0 |
| Manutentionnaires et conductrices de machines | 2 150 | 246 | 11,4 | 2 360 | 770 | 32,6 |

. Données de la Commission de l'assurance-chômage.

. Compilations spéciales réalisées par le GRASP à partir des fichiers de la CSST.

. Ce rapport est le quotient du nombre de demandes de retrait préventif d'une catégorie socio-professionnelle donnée par le nombre de demandes de prestations de maternité de la même catégorie (R = B/A x 100).

Source : Marc RENAUD et Geneviève TURCOTTE, op. cit., tableau 2.2, p. 82.

Tableau 8

**Taux d'utilisation du retrait préventif selon le secteur d'activité économique, 1981-1985**

| SECTEUR | 1981 % | 1982 % | 1983 % | 1984 % | 1985 % |
|---|---|---|---|---|---|
| Primaire | 1,3 | 3,0 | 3,0 | 6,1 | 6,5 |
| Manufacturier | 3,9 | 8,2 | 9,9 | 16,3 | 19,9 |
| Construction | 2,1 | 3,3 | 2,2 | 2,4 | 4,0 |
| Transports et communications | 0,8 | 3,1 | 1,0 | 2,4 | 2,6 |
| Commerce | 2,7 | 7,2 | 7,9 | 15,0 | 23,3 |
| Finances | 0,8 | 3,0 | 1,9 | 3,5 | 7,0 |
| Services (enseignement, services médicaux, autres) | 1,9 | 7,0 | 7,3 | 13,3 | 20,2 |
| Administration publique | 0,4 | 1,0 | 0,6 | 1,2 | 1,8 |
| TOTAL | 2,3 | 7,2 | 7,6 | 13,2 | 20,2 |

Source : Marc RENAUD et Geneviève TURCOTTE, op. cit., tableau 2.7, p. 91.

Tableau 9

**Répartition des demandes et taux d'utilisation du retrait préventif selon la région, 1981-1985**

| RÉGION | 1981 | | 1982 | | 1983 | | 1984 | | 1985 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | DEMANDES % | TAUX D'UTILISATION % | DEMANDES % | TAUX D'UTILISATION % | DEMANDES % | TAUX D'UTILISATION % | DEMANDES % | TAUX D'UTILISATION % | DEMANDES % | TAUX D'UTILISATION % |
| Bas St-Laurent | 2,3 | 0,6 | 2,9 | 3,3 | 3,6 | 4,7 | 5,1 | 12,3 | 5,3 | 20,1 |
| Saguenay-Lac St-Jean | 2,9 | 0,8 | 6,8 | 8,3 | 11,3 | 15,7 | 9,8 | 25,5 | 8,4 | 31,5 |
| Québec | 11,8 | 1,3 | 15,7 | 6,5 | 16,9 | 7,5 | 15,3 | 13,2 | 15,7 | 20,8 |
| Mauricie-Bois-Francs | 5,9 | 0,9 | 6,0 | 3,6 | 4,9 | 3,4 | 4,9 | 4,9 | 3,1 | 4,3 |
| Estrie | 8,7 | 2,6 | 6,4 | 7,4 | 5,9 | 7,2 | 6,6 | 15,1 | 6,0 | 21,9 |
| Île-de-Montréal | 28,4 | 1,7 | 25,6 | 5,7 | 19,9 | 4,9 | 23,2 | 11,2 | 26,6 | 17,0 |
| Laval-Laurentides-Lanaudière | 14,4 | 1,7 | 10,8 | 4,9 | 9,4 | 4,4 | 9,0 | 8,4 | 10,3 | 15,1 |
| Montérégie | 17,8 | 1,4 | 16,6 | 5,1 | 19,4 | 6,5 | 18,1 | 11,5 | 16,8 | 15,4 |
| Outaouais | 1,3 | 0,3 | 3,1 | 3,4 | 3,4 | 3,8 | 3,1 | 6,5 | 3,4 | 11,0 |
| Abitibi | 3,8 | 2,2 | 3,8 | 8,6 | 3,1 | 7,2 | 3,1 | 12,9 | 2,3 | 16,4 |
| Côte-Nord | 2,6 | 1,9 | 2,3 | 6,7 | 2,2 | 7,5 | 1,9 | 12,4 | 2,1 | 19,1 |
| TOTAL | 100,0 | 2,3 | 100,0 | 7,2 | 100,0 | 7,6 | 100,0 | 13,2 | 100,0 | 20,2 |

Source : Marc RENAUD et Geneviève TURCOTTE, op. cit., tableaux 2.9 et 2.10, p. 93-96.

Tableau 10

**Répartition des facteurs de risque (1981, 1985)**

| FACTEUR DE RISQUE | 1981 | 1985 |
|---|---|---|
| Agent chimique | 13,3 | 8,4 |
| Agent physique | 13,3 | 5,6 |
| Irritant ergonomique | 62,8 | 77,1 |
| Agent biologique | 3,1 | 3,6 |
| Agresseur contre la sécurité du travail | 6,0 | 5,3 |
| Agresseurs divers | 1,5 | 0,0 |
| TOTAL | 100,0 | 100,0 |

Source : Marc RENAUD et Geneviève TURCOTTE, op. cit., tableau 3.1, p.138.

ANNEXE

# GROSSESSE ET RISQUES LIÉS AU TRAVAIL DES FEMMES : REVUE DE LITTÉRATURE

ANNEXE

# GROSSESSE ET RISQUES LIÉS AU TRAVAIL DES FEMMES : REVUE DE LITTÉRATURE

Il nous est apparu nécessaire de procéder à une revue de littérature relative aux conditions de travail des femmes et aux agresseurs avec lesquels elles sont en présence le plus fréquemment. Cette revue de littérature n'a pas la prétention d'être exhaustive mais elle présente les résultats intéressants de certaines études récentes sur le sujet. On remarquera que nous ne nous sommes pas limitées à la seule question des risques et dangers sur la travailleuse enceinte. Nous avons, en effet, voulu profiter de l'occasion pour traiter non seulement des effets de certains types de risque sur les travailleuses enceintes mais également sur la santé des femmes en général et même sur le système reproducteur des hommes. Nous faisons l'hypothèse que certains produits ou agresseurs ont des effets sur la santé et le système reproducteur des travailleuses et des travailleurs en général, mais qu'ils sont plus visibles lorsqu'ils ont une travailleuse enceinte pour cible.

## 1. RISQUES CHIMIQUES

Les produits chimiques sont largement utilisés dans l'industrie. On les retrouve également dans tous les milieux de travail : dans les bureaux (produits chimiques pour la photocopie, liquides correcteurs), dans les écoles (amiante, solutions de nettoyage), dans le milieu médical (gaz anesthésiants, solvants, médicaments), dans l'agriculture et même dans les parcs (pesticides et purifiants d'eau)[1].

Leurs effets sur la santé sont encore méconnus :

> "D'après une estimation faite en 1976, il semblerait que de tous les produits chimiques utilisés jusqu'à cette date par l'industrie mondiale et dont le nombre dépasse 400 000, seulement 13 000 auraient été mis à l'essai et classés par le National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) des États-Unis et, de ce nombre, il n'y en aurait que 400 qui répondent aux normes américaines d'hygiène de travail. Dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité du travail, le Canada compte beaucoup sur les renseignements recueillis aux États-Unis, non seulement en ce qui a trait à la sécurité des produits chimiques mais aussi à leur réglementation."[2]

Les études sur les effets des produits chimiques portent généralement sur un seul produit à la fois et sur des sujets masculins exposés à de fortes doses. Or, la contamination peut être due à une exposition prolongée à de faibles doses ou être le résultat d'une interaction de plusieurs produits chimiques. Il est intéressant de préciser à cet égard que, selon Alison D. McDonald, chercheuse à l'Institut de recherche en santé et sécurité du travail du Québec (IRSST), 30% des travailleuses enceintes de Montréal seraient exposées à des produits chimiques à faible concentration[3]. Cette proportion pourrait même, selon elle, s'étendre à l'ensemble des travailleuses enceintes en Amérique du Nord. Toutefois, bien des chercheurs et chercheuses affirment encore qu'il est difficile d'identifier les dangers et les effets réels de ces produits sur la santé des travailleurs et des travailleuses.

Le Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail nous invite à une certaine prudence dans l'analyse des études démontrant un lien entre l'exposition à des produits chimiques et les malformations chez le foetus. Cet organisme a en effet examiné plusieurs centaines de rapports à ce sujet et considère qu'une grande partie de ceux-ci ne sont pas solidement fondés. Dans certaines études, le trop petit nombre de sujets ne permet pas de dégager une conclusion statistiquement valable. Dans d'autres cas, l'établissement du lien entre l'exposition à un produit nocif et les malformations est embrouillé par des

facteurs comme l'âge, les grossesses antérieures, la classe socio-économique, la santé de la mère et ses habitudes personnelles (tabagisme, consommation d'alcool, de drogue, etc.). La fiabilité de certains rapports peut être entachée par le fait que les travailleuses sont exposées à plusieurs produits, tant au travail qu'à l'extérieur, et qu'il est hasardeux d'attribuer à un seul facteur une issue de grossesse malheureuse. Aussi, certaines enquêtes ont pu être biaisées du fait que les parents d'enfants anormaux sont davantage susceptibles de rechercher un responsable à leur malheur.

Cependant, comme nous le verrons, bien qu'encore imparfaitement connues, il n'en demeure pas moins qu'il existe des relations certaines entre l'exposition à des produits chimiques et la santé des travailleurs et travailleuses.

> "Les substances chimiques pénètrent l'organisme par les voies respiratoires ou orales, ou par absorption, et peuvent causer de graves problèmes de santé aux travailleurs atteints. Elles provoquent des irritations de la peau et des ulcérations des muqueuses; elles s'accumulent dans le foie, les reins, les poumons, l'estomac ou dans d'autres organes causant ainsi des altérations irréversibles. On soupçonne largement que certaines d'entre elles soient des agent [sic] cancérigènes. Ces substances sont la cause de troubles menstruels chez la femme et d'impuissance chez l'homme. Elles peuvent porter atteinte à la production de spermatozoïdes et d'ovules entraînant l'infécondité ou la stérilité. Elles empêchent l'implantation de l'oeuf qui est résorbé dans l'utérus de la mère et entravent le développement normal de l'embryon et du foetus. Elles causent des mutations qui sont transmises d'une génération à l'autre."[4]

Plus précisément, pour ce qui concerne la protection de la maternité, rappelons que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande de ne pas laisser les femmes enceintes effectuer des travaux industriels de peinture ou comportant l'utilisation du benzène, du zinc et du plomb[5].

## 1.1 Les gaz anesthésiants

Les chirurgiennes et chirurgiens, les assistantes et assistants vétérinaires et le personnel des hôpitaux, des cliniques dentaires et des laboratoires de médecine vétérinaire sont particulièrement exposés à ce produit. Près de 145 000 personnes oeuvrent dans le secteur de la santé au Québec et les trois quarts sont des femmes[6].

Plusieurs études ont démontré un fort taux de fausses couches et d'anomalies congénitales (16,4% contre 5,7% chez le groupe contrôle[7]) chez les enfants des infirmières en salle d'opération[8]. Sans en imputer formellement la responsabilité aux gaz anesthésiants, une étude suédoise indique une proportion significative de malformations chez les enfants des mères qui ont travaillé dans un laboratoire durant leur grossesse[9]. Une autre étude fait état d'un nombre anormalement élevé d'avortements spontanés chez les travailleuses en laboratoire[10].

Également, selon les chercheurs et chercheuses du GRASP/sst, qui ont effectué une recension des résultats des études de langue anglaise et française publiés depuis 1980 sur les relations entre l'environnement de travail et les issues de grossesse, il y aurait un lien entre le fait de travailler avec des gaz anesthésiants dans des laboratoires ou dans des blocs opératoires de centres hospitaliers et la prévalence d'avortements spontanés et la présence de malformations chez les nouveau-nés[11].

Cependant, dans une étude parue en 1985 portant sur les recherches effectuées sur le sujet depuis les 25 dernières années, deux chercheurs américains critiquent la méthodologie utilisée lors de ces recherches antérieures et remettent en cause leurs résultats. À leur avis, il n'existe pas de preuve suffisante pour affirmer que l'exposition d'une femme enceinte aux gaz anesthésiants entraîne une augmentation des avortements spontanés et des anomalies congénitales chez l'enfant[12].

En ce qui concerne le Québec, la docteure Alison D. McDonald, qui a dirigé une recherche à l'IRSST entre 1982 et 1984, a tenté de mettre en relation les issues de grossesse et l'occupation de la mère. Son étude porte sur 56 067 femmes (104 649 grossesses au total) qui ont accouché ou été traitées pour des fausses couches dans onze hôpitaux de Montréal.

Cette étude nous révèle que les infirmières auxiliaires ont un taux anormalement élevé d'avortements spontanés. Quant aux infirmières en salle d'opération, aux techniciennes en laboratoire médical et aux techniciennes et hygiénistes dentaires, son échantillon ne lui a pas permis de dégager des relations particulières entre leur profession et leur issue de grossesse[13]. Nous savons, d'autre part, que les travailleuses de la santé ont utilisé le retrait préventif dès le début de son application et en grande proportion par rapport au nombre de femmes enceintes de ce secteur (56% en 1985)[14]. On peut présumer que cette pratique préventive a pu les préserver, dans une certaine mesure, d'issues de grossesse anormalement malheureuses.

### 1.2 Les composés aromatiques (solvants)

Les personnes travaillant dans la fabrication ou utilisant des solvants, des plastiques, des caoutchoucs, des colles, des teintures, des détersifs, des peintures, du pétrole ou des produits à base de cette substance sont en contact avec des composés aromatiques. Des industries comme la bonneterie et l'habillement, le textile, l'imprimerie, les aliments, etc., secteurs où l'on compte beaucoup de travailleuses, sont régulièrement en contact avec ces produits.

Les composés aromatiques pénètrent par les voies respiratoires et par la peau et se diffusent dans tout l'organisme. Ils irritent les yeux,

les muqueuses et les voies respiratoires, provoquent des dermites irritatives et dissolvent les graisses cutanées. Une exposition chronique est toxique pour le foie, les reins et la moelle. Ils sont responsables de nausées, de perte de lucidité, de stupeur, de confusion et même de coma. Certains d'entre eux provoquent des lésions nerveuses durables. Le benzène, présent dans les détachants, est cancérigène et on soupçonne d'autres solvants de l'être également[15-16].

Les solvants ont aussi des effets négatifs sur le système reproducteur de la femme. Les travailleuses exposées risquent la stérilité[17]. Une étude révèle que le benzène, le toluène et le xylène, présents notamment dans des détachants, des colorants ou des détergents, produisent des troubles menstruels[18]. Les préposées au nettoyage à sec et à la buanderie, les coiffeuses, les travailleuses du textile, de l'industrie du plastique et du caoutchouc ainsi que les préposées à l'entretien sont susceptibles d'être en contact avec le benzène sous une forme ou sous une autre.

Une autre étude indique que les solvants peuvent entraîner des dommages au système nerveux central d'un enfant si la mère y est exposée durant sa grossesse[19].

Une étude de Alison D. McDonald de l'IRSST, portant cette fois-ci sur les travailleuses exposées à des produits chimiques en début de grossesse, révèle que l'exposition à des solvants aromatiques, et particulièrement le toluène, entraîne des anomalies congénitales chez les bébés. Ces anomalies sont hétérogènes, mais la majorité sont de type rénal urinaire et gastro-intestinal[20]. Les mères étudiées travaillaient surtout dans le secteur industriel (aéronautique, cuir, produits électriques et plastiques) et dans les services (laboratoires de biologie, hôpitaux et salons de beauté)[21].

Dans l'autre recherche de l'IRSST, évoquée précédemment sur les gaz anesthésiants, la docteure Alison D. McDonald a de plus constaté un

taux élevé d'anomalies congénitales chez les enfants des travailleuses des industries du cuir et des produits métalliques et électriques de même que chez les agricultrices et les horticultrices. Son étude ne lui permet cependant pas d'imputer nécessairement la responsabilité de ces anomalies aux solvants[22].

### 1.3 Le plomb

Même si on connaît depuis longtemps la toxicité du plomb, il demeure encore un produit menaçant pour la santé des travailleuses et des travailleurs, pour la population en général et pour l'environnement en raison de sa grande utilisation.

Le plomb est utilisé dans les fonderies et l'industrie du métal et, comme dérivé organique, dans la fabrication du plastique, des huiles, de l'essence et des lubrifiants[23-24].

L'inhalation est la forme la plus courante d'intoxication. Cependant, la travailleuse ou le travailleur peut également être contaminé par le contact avec de la poussière de plomb sur les doigts, les lèvres, les cigarettes, etc. Le fait de transporter à la maison des vêtements souillés peut aussi exposer les autres membres de la famille[25].

L'exposition au plomb peut entraîner des dommages au système nerveux central qui se traduisent par une diminution de la capacité de la mémoire ainsi que certains troubles de perception et de vision. Le système nerveux périphérique peut être atteint et, si l'exposition est suffisamment importante, la personne peut souffrir de paralysie de la main et de l'avant-bras. À une plus faible intensité, cette atteinte au système nerveux périphérique peut prendre la forme de fourmillements et de douleurs aux articulations.

Une forte exposition peut affecter gravement le cerveau et même causer la mort. Le plomb peut aussi entraîner des insuffisances rénales et affecter le système gastro-intestinal. Des études sur des animaux ont de plus démontré que le plomb était cancérigène[26].

Le plomb a des effets sur le système reproducteur des femmes et des hommes ainsi que sur les enfants à naître. Il a des conséquences sur la fertilité; il produit des troubles de la libido accompagnés, chez la femme, de désordres du cycle ovarien et, chez l'homme, de la baisse dans la production et la qualité du sperme[27-28]. Une exposition au plomb peut aussi provoquer des fausses couches et des enfants mort-nés chez les conjointes des travailleurs contaminés[29].

La femme enceinte est particulièrement vulnérable. Plusieurs études ont démontré que le plomb traverse le placenta et pénètre les tissus du foetus par l'intermédiaire du sang de la mère. Ce contact du foetus avec le plomb est très dangereux parce que la frontière entre le sang et le cerveau est relativement mince. Même chez des mères modérément exposées, le plomb peut produire, chez l'enfant, des dommages irréparables au système nerveux qui entraînent l'hyperactivité et des déficiences du quotient intellectuel; à un degré d'exposition plus intense, le plomb peut produire chez l'enfant le coma, des convulsions et même la mort[30-31].

Depuis 1916, on sait que l'exposition du père ou de la mère peut entraîner des avortements spontanés, la mortinatalité et la prématurité. Des études attestent que le risque est à son maximum durant le premier trimestre de la grossesse alors que la formation normale du foetus peut être compromise[32].

Sans identifier formellement le produit responsable, la docteure Alison D. McDonald constate que les travailleuses de l'industrie des produits métalliques et électriques sont anormalement affectées par la prématurité et donnent davantage naissance à des enfants atteints d'anomalies

congénitales[33]. Une autre étude nous révèle que les travailleuses des fonderies présentent un taux d'avortements spontanés deux fois plus élevé que la normale[34].

Bien que les effets du plomb soient connus depuis longtemps, les intoxications à long terme par les dérivés de ce produit n'ont pas encore été étudiées. On retrouve ces dérivés dans l'essence et ils sont utilisés dans l'industrie du plastique comme stabilisants et comme additifs dans les huiles et lubrifiants. Le secteur du plastique et les ateliers de métallurgie sont directement concernés[35]. Il convient donc de faire preuve de prudence à l'égard des travailleuses enceintes exposées à ces produits dérivés.

## 1.4 Le chlorure de vinyle

> "Le monomère de chlorure de vinyle est utilisé dans la fabrication de résines de chlorure de polyvinyle (CVP) qui servent à leur tour à la fabrication d'une variété de matières plastiques. Entre autres, il sert à la fabrication de rideaux, de disques, de carreaux, d'appareils ménagers, de coussins, d'emballages pour les aliments, de revêtements isolants pour câbles électriques, de gazoducs, d'oléoducs et de cadres de fenêtres."[36]

Si la fabrication du chlorure de vinyle et de résines de chlorure de polyvinyle ne touche que peu de travailleuses ou travailleurs, l'industrie du plastique fait appel largement à des procédés utilisant ces produits. Cette industrie employait 50 000 personnes au Canada en 1976 dont une forte proportion de femmes dans la production et dans l'administration[37].

Le chlorure de vinyle est un produit cancérigène qui s'attaque surtout au foie[38]. Il peut aussi provoquer des rhumatismes aux doigts et aux orteils[39] en plus d'être neurotonique ("excitation psychique suivie

d'asthénie, sensation de lourdeur des jambes, vertige, somnolence") et de porter atteinte au squelette[40].

Ce produit est reconnu comme étant mutagène[41] (modification de la structure des chromosomes) et responsable d'un taux élevé de fausses couches[42] et d'anomalies congénitales[43]. Les dommages causés au foetus par ce produit sont imputables autant à une exposition du père que de la mère[44]. Ces constatations sont appuyées par d'autres recherches dont celle de Kari Hemminki qui en fait état dans un article de synthèse portant sur les risques des produits chimiques[45].

### 1.5 Les hormones

Les travailleuses de l'industrie pharmaceutique et des laboratoires, les agricultrices, les vétérinaires et d'autres travailleuses de secteurs connexes utilisent ou travaillent à l'extraction et à la fabrication d'hormones, tels les androgènes, les oestrogènes, les progestérones et autres produits synthétiques comme le DES (diéthylstilboestrol)[46]. L'extraction et la fabrication de ces produits s'effectuent par la manipulation de végétaux ou d'organes d'animaux[47].

Le contact avec ces produits peut avoir des effets sur le système reproducteur. Chez les femmes, il affecte le cycle menstruel, provoque l'infécondité, des kystes ovariens, des bosses dans les seins et le cancer du système reproducteur. L'homme s'expose à l'impuissance sexuelle, au développement de glandes mammaires et à l'infécondité. Le foetus peut souffrir d'anomalies de l'ossature, du coeur et de la trachée. Le DES peut causer le cancer chez les filles dont les parents ont été exposés et les garçons peuvent être atteints d'anomalies des organes génitaux et des spermatozoïdes[48].

## 1.6 Le mercure

Les céramistes, les pêcheuses industrielles, le personnel dentaire, les agricultrices, les travailleuses de la bijouterie, de la lithographie et de la photographie ainsi que les préposées à la fabrication de pesticides sont exposés au mercure.

Les intoxications aiguës sont rares en milieu professionnel. Les intoxications chroniques (par opposition à aiguës) provoquent des troubles de caractère, du sommeil et de la mémoire et des tremblements qui peuvent s'accompagner de troubles oculaires. Des atteintes aux reins et au système digestif peuvent également apparaître[49].

Le travailleur exposé au mercure ou à ses dérivés peut souffrir d'une baisse de la fécondité, alors que chez la travailleuse enceinte, le mercure traverse le placenta et peut provoquer de graves lésions au cerveau du foetus et entraîner la déficience mentale. De plus, les femmes exposées sont davantage menacées par les avortements spontanés et la mortinatalité[50-51-52].

## 1.7 Les pesticides

Si les pesticides menacent, à long terme, la population en général, certaines catégories de travailleurs et de travailleuses, en contact régulier avec ces produits nocifs, sont encore plus menacées.

Les agricultrices, les horticultrices et les ouvrières de la fabrication des pesticides sont particulièrement exposées à ces produits. Les travailleuses des secteurs du commerce, du bois, du papier, du cuir et du vêtement sont également exposées en raison des divers fongicides

(qui servent à détruire les champignons parasites) et insecticides utilisés dans ces industries[53-54].

Les pesticides comptent une grande variété de produits parmi lesquels se classent les herbicides, les fongicides et les insecticides, eux-mêmes divisés en plusieurs catégories. L'absorption routinière de ces produits se fait par les poumons et par la peau. Cette absorption peut, selon le cas, causer des troubles digestifs, des pertes de poids et de sommeil, de la fatigue, des troubles nerveux, des atteintes au foie et aux reins, des irritations de la peau, des vomissements, des diarrhées et des troubles cardiorespiratoires. Une intoxication à forte dose peut entraîner le coma.

Les pesticides sont rarement les seuls produits utilisés dans le milieu industriel ou agricole. Or, on connaît mal les effets de ces produits lorsqu'il y a interaction avec d'autres produits chimiques. Chez les agricultrices, par exemple, la vaporisation d'insecticides associée aux émanations d'essence des machines peut causer des étourdissements susceptibles d'entraîner de graves accidents[55].

Le système reproducteur peut être affecté par les pesticides. À long terme, ils ont pour effet de diminuer la libido, le compte des spermatozoïdes, de causer l'impuissance, l'atrophie des testicules et de produire des anomalies des chromosomes[56].

En ce qui concerne les issues de grossesse, les opinions sont partagées. Des études faites au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Zélande n'ont pu établir de lien entre les fausses couches et les anomalies congénitales remarquées chez les agricultrices et leur exposition ou celle de leur conjoint à des pesticides[57-58]. Une étude américaine, bien que non concluante à cause du petit nombre de cas étudiés, n'a pu non plus établir de lien entre les pesticides et la fertilité, les avortements spontanés et la mortinatalité. L'auteur constate toutefois que les enfants des pilotes d'avion qui font "l'arrosage des terres"

sont davantage atteints d'anomalies cardiaques (cette étude portait sur l'exposition des pères)[59].

Par contre, la docteure Alison D. McDonald a constaté un taux anormalement élevé de mortinatalité et d'anomalies congénitales chez les agricultrices et les horticultrices et elle soupçonne les pesticides d'être responsables de cet état de fait[60]. Une étude française indique par ailleurs que les agricultrices accusent un taux légèrement plus élevé de prématurité (5,3% contre 5% pour l'ensemble des travailleuses)[61].

De plus, sans aller jusqu'à faire de lien avec les pesticides cette fois-ci, l'étude d'Alison D. McDonald mentionne que les travailleuses de l'industrie du cuir sont particulièrement touchées par la mortinatalité et les anomalies congénitales et que le risque relatif au faible poids du bébé à la naissance est relativement élevé chez les travailleuses du vêtement[62].

En outre, Kari Hemminki fait état de recherches qui prouvent que certains pesticides sont cancérigènes, mutagènes et tératogènes[63].

## 2. RISQUES PHYSIQUES

### 2.1 La chaleur

Les travailleuses des boulangeries, des cuisines, des conserveries, des fonderies, des blanchisseries et des industries du textile et du vêtement notamment exercent généralement leurs fonctions dans des endroits où la température est très élevée.

Une ambiance chaude compromet le maintien de la température du corps à un niveau constant et l'oblige à réagir par une action intense des systèmes cardio-vasculaire et sudoral. L'activité excessive de ces systèmes peut produire des défaillances qui entraînent des accidents et qui peuvent, à long terme, développer des maladies chroniques. "Ces réactions physiologiques s'accompagnent de troubles de la perception, de la capacité d'élaboration des tâches, de la vigilance ainsi que de la motricité."[64]

La chaleur a aussi des effets sur le système de reproduction. Elle peut produire chez l'homme une baisse du compte des spermatozoïdes et une atrophie des testicules. Elle peut également entraîner une baisse de la fécondité chez la femme ainsi que des fausses couches et des accouchements prématurés[65].

Durant sa grossesse, la femme est encore plus vulnérable à la chaleur parce que son organisme doit travailler plus fort que d'habitude pour conserver son corps à une température constante.

Un rapport de Santé et Bien-être social Canada fait état de recherches qui, sans en établir la cause, constatent que les préposées à la buanderie, les travailleuses de l'industrie du textile et de la transformation des aliments sont davantage susceptibles de subir un avortement spontané[66].

## 2.2 Le froid

Les travailleuses du secteur alimentaire (surgélation, conditionnement de la viande et du poisson, entrepôts frigorifiques), les vendeuses, les caissières et les femmes qui travaillent à l'extérieur sont les plus susceptibles d'être exposées au froid.

Le froid produit un engourdissement des mains et une diminution de la sensibilité tactile; il y a donc perte de la précision du geste. D'une façon plus générale, le froid entraîne une diminution de la faculté de réagir. Même localisé, le froid entraîne une augmentation du rythme cardiaque et de la tension artérielle. Des problèmes digestifs et respiratoires ont aussi été remarqués chez les travailleuses et travailleurs exposés au froid[67].

L'étude de la docteure McDonald de l'IRSST, qui constate un taux anormalement élevé d'avortements spontanés chez les vendeuses et les serveuses d'aliments et boissons, laisse supposer que l'exposition au froid est en partie responsable de cet état de fait[68]. Le rapport de Santé et Bien-être social Canada fait également état de recherches qui indiquent un taux élevé d'avortements spontanés chez les travailleuses de la transformation des aliments[69].

## 2.3 Le bruit

Les travailleuses sur les chaînes de montage, le personnel d'aéroport, les ouvrières de la construction, du textile et du vêtement, les chauffeuses et les opératrices de diverses machines doivent supporter un niveau de bruit susceptible d'altérer leur audition (85 décibels et plus)[70].

L'exposition régulière à des bruits entraîne progressivement et irrémédiablement divers degrés de surdité. Associé à d'autres nuisances, le bruit peut produire des troubles cardiaques et digestifs en plus d'augmenter le stress et la fatigue reliés au travail[71].

On connaît mal les effets du bruit sur la femme enceinte et le foetus. On présume toutefois que l'exposition au bruit durant la grossesse peut provoquer la naissance de bébés de faible poids[72] et une augmentation

du rythme cardiaque chez le foetus[73]. Le Comité consultatif fédéral-provincial de l'hygiène du milieu et du travail[74] et la docteure Alison D. McDonald[75] suggèrent que des recherches plus approfondies soient effectuées afin d'établir les risques que représente le bruit pour la grossesse.

Sans être en mesure de relier les issues de grossesse au bruit, la docteure McDonald constate que les travailleuses des industries des aliments et boissons, du vêtement et des produits métalliques et électriques accusent un taux anormalement élevé de prématurité[76]. Par ailleurs, une étude française constate un taux plus élevé de naissance d'enfants de faible poids chez les ouvrières spécialisées et les manoeuvres (5,9% contre 5% pour l'ensemble des travailleuses)[77].

## 2.4 Les vibrations

Les travailleuses affectées par le bruit sont généralement aussi touchées par les vibrations et les trépidations causées par une machine.

Bien qu'il existe peu de recherches sur les effets des vibrations sur les travailleuses enceintes, certaines études ont démontré des cas plus fréquents d'avortements spontanés, d'accouchements prématurés et anormaux, de complications respiratoires chez le nouveau-né et un taux plus élevé de mortalité périnatale chez les travailleuses exposées aux vibrations[78]. On les soupçonne également d'être la cause de saignements durant la grossesse[79].

Associées au bruit, les vibrations peuvent causer un dérèglement du cycle menstruel; elles peuvent aussi être responsables de troubles sexuels et de la diminution de la fécondité chez l'homme[80].

## 2.5 Les rayonnements non ionisants

Les sons, les ultrasons, les ondes radioélectriques, les micro-ondes, l'infrarouge, la lumière visible et l'ultraviolet comptent parmi les rayonnements non ionisants.

Les travailleuses agricoles, les bactériologistes, les coiffeuses et les esthéticiennes, les préposées à l'irradiation des aliments, les projectionnistes, les opticiennes, les soudeuses, les boulangères, les électriciennes, les employées des fonderies, les travailleuses des industries de l'automobile, des communications, des aliments, du meuble et du bois, les ouvrières du textile, les physiothérapeutes de même que les personnes qui travaillent devant des terminaux à écran de visualisation (écran cathodique) sont exposées aux rayonnements non ionisants sous une forme ou sous une autre[81].

L'effet général d'une exposition intense à ces rayonnements est de provoquer une augmentation de la température et certaines lésions. Une exposition à faible intensité ne semble pas produire d'effets négatifs selon les études effectuées jusqu'à maintenant[82].

Les écrans cathodiques continuent de se répandre dans les bureaux et leur utilisation massive a soulevé des questions quant à leur danger et a suscité de nombreuses études sur le sujet. Jusqu'à présent, les recherches démontrent qu'il n'existe pas de danger particulier pour une femme enceinte dans l'utilisation de ces appareils[83-84-85]. Par contre, on connaît encore mal les effets à long terme d'une exposition à de petites doses. On soupçonne par ailleurs l'organisation et la charge du travail, le stress et certains éléments ergonomiques d'être responsables des problèmes de santé dont se plaignent les utilisatrices et de certaines naissances prématurées[86-87].

Les coiffeuses et les esthéticiennes, notamment, sont exposées à des rayonnements infrarouges qui peuvent entraîner des brûlures cutanées, des vasodilatations permanentes des capillaires cutanés, des cataractes et des brûlures rétiniennes. Les rayonnements ultraviolets peuvent brûler la peau, causer des lésions à l'oeil et accroître les risques de cancer[88].

## 2.6 Les rayonnements ionisants (Rayons X)

Les travailleuses de la santé (techniciennes en radiologie, en médecine nucléaire, les médecins, les dentistes et les infirmières) et de certaines industries (les opératrices d'appareils de diffraction des rayons X) de même que les préposées à la sécurité des aéroports sont exposées aux rayonnements ionisants.

Les normes de sécurité entourant l'utilisation d'appareils produisant des rayons X sont sévères, mais une exposition accidentelle demeure toujours possible. Les risques de cancer augmentent avec le degré d'exposition. Des lésions moins graves peuvent aussi survenir, tels l'érythème cutané, les lésions vasculaires, les cataractes et le mal des rayons[89].

De nombreuses études prouvent les effets négatifs des rayons X sur le foetus. Une exposition de la mère peut entraîner un avortement spontané ou des anomalies chez l'enfant. Ces anomalies ne peuvent pas toujours être décelées à la naissance; l'enfant est davantage susceptible de contracter la leucémie ou d'autres formes de cancer et de souffrir d'arriération mentale[90-91-92].

Les rayons X peuvent avoir des répercussions à long terme. En effet, une recherche américaine a démontré que les filles des mères exposées avaient une fertilité supérieure à la normale au début de leur vie

reproductrice alors que leurs petites-filles accusaient une fertilité diminuée et même une stérilité[93].

Certains chercheurs s'interrogent également sur les effets des rayons X sur le système reproducteur des hommes; on les croit responsables de stérilité[94] et d'atteintes à la qualité du sperme[95].

Un rapport de Santé et Bien-être social Canada fait état de recherches qui démontrent un taux plus élevé d'avortements spontanés chez les infirmières et les radiothérapeutes; les infirmières donnent aussi davantage naissance à des enfants atteints d'anomalies congénitales. Nous ne pouvons cependant conclure, à la lumière de ce rapport, que les rayons X sont responsables de ces issues de grossesse malheureuses[96].

### 3. RISQUES BIOLOGIQUES

> "Des dangers d'ordre biologique [...] existent sous différentes formes dans un grand nombre de milieux de travail. Ils peuvent se présenter sous forme de maladies contagieuses pour les êtres humains, de maladies d'animaux, de poussières nocives ou de champignons provenant de la végétation. Ils sont transmis par des cultures, des vaccins, des plantes, des animaux et des êtres humains. Ils peuvent être respirés, avalés ou absorbés par la peau et peuvent s'attaquer à différentes parties de l'organisme. Parmi les travailleurs qui y sont exposés, on peut citer le personnel des laboratoires, des blanchisseries, des animaleries, des abattoirs, des hôpitaux, des cliniques vétérinaires, des écoles, des usines de préparation de la viande, des cabinets dentaires, des fermes, des élévateurs à céréales, des usines de textiles [sic] et des installations de dressage et d'élevage d'animaux."[97]

Le fait, pour une femme enceinte, de contracter une maladie infectieuse peut entraîner des conséquences graves pour elle et pour son enfant à naître. Son rétablissement peut être retardé en raison de l'impossibilité de traiter une telle maladie d'une façon ordinaire et ce, à cause

de l'état de grossesse de la travailleuse. Une contamination peut également entraîner un avortement spontané, la mort du foetus ou des anomalies congénitales[98-99]. De plus, le père atteint d'une maladie infectieuse peut transmettre l'infection à l'ovule au moment de la fécondation[100].

Il convient donc d'exercer une vigilance particulière auprès des femmes enceintes qui sont en contact avec des personnes, des animaux ou des matières infectées.

Sans pouvoir identifier l'agresseur coupable, la docteure McDonald de l'IRSST a constaté un taux anormalement élevé d'anomalies congénitales chez les travailleuses en garderie et chez les institutrices de l'enseignement primaire. Les enseignantes auprès de l'enfance inadaptée présentent un taux particulièrement élevé de mortinatalité[101]. Un rapport de Santé et Bien-être social Canada indique, sans toutefois différencier les niveaux, que les enseignantes ont un taux élevé d'avortements spontanés et de malformations congénitales[102].

## 4. RISQUES ERGONOMIQUES

À mesure que la grossesse avance, la femme enceinte prend du poids et change de forme, ce qui entraîne des transformations anatomiques et physiologiques. Ces modifications peuvent rendre son travail plus difficile, plus pénible et dangereux si les conditions dans lesquelles elle l'exerce ne sont pas adaptées à son état.

## 4.1 La posture

Le personnel des hôpitaux, de l'hôtellerie et de la restauration, les coiffeuses, les travailleuses de l'industrie du textile, de l'alimentation, du cuir, les vendeuses sont appelés à travailler debout presque constamment. Par ailleurs, certaines travailleuses en usine et les opératrices de terminaux à écran de visualisation, entre autres, travaillent presque toujours assises.

La station debout prolongée favorise la formation de varices et produit des stases veineuses dans le bassin, les hémorroïdes et des règles douloureuses.

Le fait de demeurer assise durant plusieurs heures d'affilée, en plus d'être inconfortable pour la femme enceinte, peut entraîner la formation de varices[103].

La station courbée est responsable du mal de dos. Le travail dans cette position chez plusieurs travailleuses du secteur industriel exige une dépense d'énergie supplémentaire chez la femme enceinte et cette demande d'énergie s'accroît à mesure que progresse la grossesse[104].

Un rapport de Santé et Bien-être social Canada fait état de recherches qui démontrent que la posture de la mère influe sur la croissance du foetus vers la fin de la grossesse. La station debout semble particulièrement pointée; on émet l'hypothèse que le système cardio-vasculaire de la mère, parce qu'il doit travailler davantage pour répondre à la demande d'énergie de la mère, puisse plus difficilement assurer la croissance du foetus et que cette situation serait responsable de naissance d'enfants de faible poids[105].

Selon une autre recherche, la prématurité serait plus fréquente chez les femmes qui travaillent constamment assises ou debout[106].

## 4.2 Le soulèvement de lourdes charges

Certaines études consultées indiquent que le déplacement du centre de gravité chez la femme enceinte la rend plus vulnérable aux chutes et autres accidents et que le soulèvement fréquent de lourdes charges peut entraîner un avortement spontané.

Il n'y a cependant pas unanimité sur cette question. Certains médecins croient que le danger n'existe pas au début de la grossesse parce que le foetus est trop petit et que l'utérus est trop serré. Le danger apparaîtrait plutôt vers la 20$^{e}$ semaine, alors que le foetus prend du poids, que l'utérus devient plus tendu et que les membranes et les tissus s'étirent.

Peu de recherches peuvent cependant confirmer cette analyse[107]. Toutefois, la docteure Alison D. McDonald, sans faire un lien direct avec le soulèvement de lourdes charges, constate que les infirmières auxiliaires appelées à soulever des malades et les serveuses d'aliments et de boissons qui transportent de lourds plateaux, présentent un taux anormalement élevé d'avortements spontanés[108].

## 4.3 Les horaires et la charge de travail

Dans certaines industries, comme le textile notamment, dans les services hospitaliers, de restauration et dans d'autres secteurs, le travail s'effectue autant la nuit que le jour obligeant les travailleuses et les travailleurs à s'ajuster à des horaires souvent irréguliers.

L'avènement de la bureautique qui nécessite la rentabilisation d'équipements coûteux a favorisé l'apparition du travail de nuit dans les bureaux[109].

Les trois types d'horaires rencontrés le plus fréquemment dans l'industrie sont la semaine de 40 heures, le travail posté et la semaine comprimée. La semaine de 40 heures peut être répartie sur cinq jours, que ce soit le jour, le soir ou la nuit. Le travail posté consiste à changer régulièrement d'horaire de manière à travailler tantôt de jour, tantôt de soir ou de nuit. La semaine comprimée suppose un travail de dix heures par jour durant quatre jours.

Le travail posté et le travail de nuit entraînent de la fatigue, des troubles digestifs et de l'inconfort à cause de la mauvaise qualité du sommeil de jour. L'état de grossesse aggrave les effets du travail de nuit. La semaine comprimée n'a pas fait l'objet d'études, mais on présume que les longues journées de travail augmentent la fatigue, particulièrement chez les femmes enceintes[110].

Les lourdes charges de travail qu'on impose aux travailleuses des hôpitaux, aux serveuses d'aliments et de boissons et à plusieurs ouvrières du secteur manufacturier sont des sources de fatigue que l'état de grossesse peut accroître. Plusieurs études font un lien entre la fatigue, les longues heures de travail et les efforts physiques, et les issues de grossesse malheureuses.

Une étude française établit un lien entre de longues heures de travail et la prématurité[111]. Une autre étude française fait également certaines corrélations entre la prématurité et un haut degré de fatigue. Cette recherche montre que les vendeuses, le personnel médical, les ouvrières non spécialisées et les préposées à l'entretien accusent une grande proportion de naissances prématurées. Le risque s'accroîtrait avec la fatigue et le nombre d'heures de travail lorsque celui-ci dépasse 40 heures par semaine[112].

Les résultats de cette étude française viennent appuyer ceux de la recherche de l'IRSST qui constate un taux anormalement élevé de prématurité chez les serveuses d'aliments et boissons, les femmes de chambre

et les concierges, les travailleuses dans l'industrie des aliments et des boissons, du vêtement et des produits métalliques et électriques[113].

Cette même étude de la docteure Alison D. McDonald avance que les lourdes charges, les efforts physiques et les longues heures de travail auraient un lien avec les avortements spontanés[114].

## 5. RISQUES PSYCHOSOCIAUX

La catégorie des dangers psychosociaux compte tous les agents de stress de sources diverses comme la cadence, les tâches monotones et répétitives, la surveillance, le travail au rendement, le travail de nuit ainsi que le manque de satisfaction personnelle, d'autonomie et de contrôle[115-116].

Une étude a déjà démontré que les femmes les plus susceptibles de contracter une maladie cardio-vasculaire "occupaient des fonctions de commis ou de vendeuses, étaient mariées et mères de plusieurs enfants, travaillaient pour des patrons peu coopératifs et sentaient que leur vie ne leur appartenait pas"[117].

Le travail de bureau est un secteur d'emploi où les femmes se trouvent massivement et il a été traditionnellement considéré comme non dangereux parce qu'il s'accomplit apparemment dans un environnement sain et agréable comparativement à l'usine ou à l'hôpital, par exemple. Une étude plus approfondie de la question nous force à réviser ces impressions.

## 5.1 Le stress

L'entrée de l'ordinateur dans les bureaux a comme conséquence d'accroître les actions répétitives, principalement devant un écran cathodique. La répétition des gestes produit des maux de dos, aux épaules, à la nuque, aux bras et aux mains ainsi que des symptômes de fatigue oculo-visuelle et musculo-squelettique.

La réorganisation du travail a profondément modifié les conditions de travail. Après les abolitions de postes, les mutations et les transferts, apparaissent les changements d'horaires, la parcellisation des tâches et une insécurité causée par le congédiement possible. Le contrôle sur le travail s'accentue et il est même souvent assuré par la machine elle-même.

De cette nouvelle forme de travail résultent une surcharge mentale et une intensification du rythme en même temps qu'une baisse de la qualité du travail devenu répétitif. La travailleuse perd le contrôle sur son travail au profit de la machine. Le travail dépersonnalisé génère de la frustration et une diminution de la qualité des relations interpersonnelles[118-119].

Si la bureautique a contribué à déprécier des tâches déjà monotones, elle a par ailleurs fourni à certaines employées de bureau (les secrétaires et les techniciennes notamment) un outil de travail qui leur permet d'atteindre une plus grande efficacité au prix de moins d'efforts et de temps. Le temps ainsi libéré peut être consacré à des tâches plus enrichissantes et la machine elle-même peut susciter suffisamment d'intérêt pour permettre, dans un milieu propice, le développement d'aptitudes et de compétences nouvelles au bénéfice de la travailleuse elle-même et de l'organisation qui l'emploie.

Les études sur les relations entre le stress et l'issue de grossesse sont contradictoires. Certains auteurs considèrent que la présence de la femme enceinte en milieu de travail lui est bénéfique parce qu'elle peut y entretenir des rapports sociaux enrichissants et avoir accès à plus de renseignements et à des ressources. D'autres, par contre, attribuent au stress en milieu de travail des naissances prématurées, un travail prolongé au moment de l'accouchement et la naissance d'enfants de faible poids[120].

Une étude française établit une relation entre le niveau de fatigue subi au travail et la prématurité. Nicole Mamelle considère qu'un cumul de conditions pénibles, comme la station debout prolongée, le travail à la chaîne, les efforts physiques (soulever régulièrement ou occasionnellement plus de 10 kg), le stress mental causé par un travail routinier ou requérant peu d'attention ainsi qu'un environnement malsain causé par le bruit, le froid ou l'humidité, entraîne une fatigue pouvant affecter l'issue de grossesse. D'après son étude, les vendeuses, le personnel des services de santé et des services sociaux, les ouvrières spécialisées ou non spécialisées ainsi que les préposées à l'entretien font face à au moins trois de ces sources de fatigue exceptionnelle dans leur travail et présente un taux de prématurité élevé. La prématurité, constatée dans cette étude, est confirmée, d'après l'auteure, par d'autres recherches[121].

Au stress en milieu de travail, y compris le harcèlement sexuel que l'on considère générateur de stress, s'ajoutent les tensions subies dans le milieu familial et social. Malgré une évolution du partage des tâches domestiques et parentales, la femme demeure encore responsable en grande partie du soin et de l'éducation des siens.

## 6. CONCLUSION

Suite à cette première analyse des recherches en santé au travail, nous espérons avoir levé un peu le voile, non seulement sur la santé des travailleuses enceintes, mais également sur les conditions de travail des femmes en général. La notion de "normal" et d'"anormal" d'un milieu de travail est encore mal définie; plusieurs études, soit se contredisent ou sont encore hésitantes à établir clairement des liens entre les professions (ou milieux de travail), les agresseurs et les issues de grossesse. Également, nous croyons qu'il subsiste encore beaucoup d'incertitudes quant à l'importance du nombre de travailleuses exposées aux différents facteurs de risque.

On aura remarqué que nous avons volontairement débordé de la problématique exclusivement réservée à la santé des travailleuses enceintes ou qui allaitent. S'il est vrai que la maternité dans le milieu de travail peut être considérée comme une situation particulière parce qu'une grossesse est nécessairement une charge qui s'ajoute à toutes les autres assumées par les travailleuses et que le foetus peut être affecté par des conditions de travail pénibles, nous croyons toutefois que cette situation particulière des femmes enceintes devrait pouvoir s'accommoder de conditions de travail "normales". En d'autres mots, l'environnement de travail devrait être adapté à la présence éventuelle de travailleuses enceintes.

**NOTES**

1. Nancy MILLER-CHÉNIER, Fécondité humaine et milieu de travail : à vos risques et périls, Canada, Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, 1982, p. 14.

2. Ibid., p. 14-15.

3. J.C. MCDONALD et al., "Chemical exposures at work in early pregnancy and congenital defect : a case-referent study", British Journal of Industrial Medicine, n° 44, 1987, p. 532.

4. Nancy MILLER-CHÉNIER, op. cit., p. 14.

5. Marc RENAUD et Geneviève TURCOTTE, Comment les travailleuses enceintes voient leur travail, ses risques et le droit au retrait préventif, Université de Montréal, Québec, juillet 1988, p. 60.

6. Suzanne MESSIER, Les femmes ça compte, Québec, Conseil du statut de la femme, 1984, p. 99.

7. Thomas H. CORBETT et al., "Birth Defects among Children of Nurse-anesthetists", Anesthesiology, vol. 41, n° 4, octobre 1974, p. 342.

8. Kari HEMMINKI et al., "Genetic Risks Caused by Occupational Chemicals", Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, vol. 5, n° 4, décembre 1979, p. 320.

9. Olav MEIRIK et al., "Major Malformations in Infants Born to Women Who Worked in Laboratories While Pregnant", The Lancet II, 14 juillet 1979, p. 91.

10. Kari HEMMINKI et al., op. cit., p. 320.

11. Marc RENAUD et Geneviève TURCOTTE, op. cit., p. 60.

12. Terry N. TANNENBAUM et Robert J. GOLDBERG, "Exposure to Anesthetic Gases and Reproductive Outcome : A Review of the Epidemiologic Literature", Journal of Occupational Medecine, vol. 27, n° 9, septembre 1985, p. 659.

13. Alison D. MCDONALD et al., "Occupation and pregnancy outcome", British Journal of Industrial Medicine, n° 44, 1987, p. 525.

14. Pierre BOUCHARD et Geneviève TURCOTTE, "La maternité en milieu de travail ou pourquoi les Québécoises sont-elles si nombreuses à demander un retrait préventif?", Sociologie et sociétés, vol. XVIII, n° 2, octobre 1986, p. 119.

15. Bernard CASSOU et al., Les risques du travail : pour ne pas perdre sa vie à la gagner, Paris, Editions de la Découverte, 1985, p. 338-348.

16. Huguette DEMERS, Monographie sur les conditions de travail dans les entreprises de nettoyage à sec et les buanderies, Québec, ministère des Affaires sociales, Service de la santé au travail, 1982, p. 7-22.

17. Bernard CASSOU et al., op. cit., p. 347.

18. Grace K. LEMASTERS et al., "Reproduction Outcome in Women Exposed to Solvents in 36 Reinforced Plastics Companies", Journal of Occupational Medicine, vol. 27, n° 7, juillet 1985, p. 490.

19. Peter C. HOLMBERG, "Central-Nervous-System Defects in Children Born to Mothers Exposed to Organic Solvents During Pregnancy", The Lancet II, 28 juillet 1979, p. 177.

20. J.C. MCDONALD et al., op. cit., p. 532.

21. Ibid., p. 532.

22. Alison D. MCDONALD et al., op. cit., p. 525.

23. Nancy MILLER-CHÉNIER, op. cit., p. 24-25.

24. Bernard CASSOU et al., op. cit., p. 324.

25. Kenneth BRIDBORD, "Occupational Lead Exposure and Women", Prevention Medicine, vol. 7, n° 3, septembre 1978, p. 311-312.

26. Bernard CASSOU et al., op. cit., p. 322-324.

27. Ibid., p. 323.

28. Gale A. RESSLER, "The Growing Concern Over the Health of the Working Woman", Occupational Hazards, vol. 39, n° 2, février 1977, p. 61.

29. Bernard CASSOU et al., op. cit., p. 238.

30. Kenneth BRIDBORD, op. cit., p. 313.

31. Kari HEMMINKI et al., op. cit., p. 320.

32. Kenneth BRIDBORD, op. cit., p. 318.

33. Alison D. MCDONALD et al., op. cit., p. 525.

34. Kari HEMMINKI et al., op. cit., p. 320.

35. Bernard CASSOU et al., op. cit., p. 324.

36. Nancy MILLER-CHÉNIER, op. cit., p. 26.

37. Ibid., p. 26.

38. Bernard CASSOU et al., op. cit., p. 187.

39. Ibid., p. 199.

40. Ibid., p. 433.

41. Ibid., p. 433.

42. Peter F. INFANTE, "Genetic Risks of Vinyl Chloride", The Lancet I, 3 avril 1976, p. 734.

43. Nancy MILLER-CHÉNIER, op. cit., p. 27.

44. Peter F. INFANTE, op. cit., p. 734.

45. Kari HEMMINKI et al., op. cit., p. 320.

46. Nancy MILLER-CHÉNIER, op. cit., p. 18.

47. Bernard CASSOU et al., op. cit., p. 443.

48. Nancy MILLER-CHÉNIER, op. cit., p. 18.

49. Bernard CASSOU et al., op. cit., p. 318.

50. Nancy MILLER-CHÉNIER, op. cit., p. 18.

51. Kari HEMMINKI et al., op. cit., p. 311.

52. Gale A. RESSLER, op. cit., p. 61.

53. Nancy MILLER-CHÉNIER, op. cit., p. 19.

54. Bernard CASSOU et al., op. cit., p. 362-363.

55. Ibid., p. 363-367.

56. Nancy MILLER-CHÉNIER, op. cit., p. 19.

57. Craig MCINNES, "Birth Defect Rate Above Normal, Farm Study Says", The Globe and Mail, 23 janvier 1988.

58. Allan H. SMITH, "Congenital Defects and Miscarriages Among New Zealand 2, 4, 5-T Sprayers", Archives of Environmental Health, vol. 37, n° 4, août 1982, p. 197.

59. C.C. ROAN et al., "Spontaneous Abortions, Stillbirths, and Birth Defects in Families of Agricultural Pilots", Archives of Environmental Health, vol. 39, n° 1, février 1984, p. 56-60.

60. Alison D. MCDONALD et al., op. cit., p. 526.

61. M.J. SAUREL-CUBIZOLLES et al., "Activité professionnelle des femmes enceintes, surveillance prénatale et issue de grossesse", Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, vol. 11, n° 8, p. 964.

62. Alison D. MCDONALD et al., op. cit., p. 525.

63. Kari HEMMINKI et al., op. cit., p. 311.

64. Bernard CASSOU et al., op. cit., p. 259.

65. Nancy MILLER-CHÉNIER, op. cit., p. 31.

66. La travailleuse enceinte - document de référence à l'intention des professionnels de la santé, Canada, ministère de la Santé et du Bien-être social, p. 50-53.

67. Bernard CASSOU et al., op. cit., p. 263-264.

68. Alison D. MCDONALD et al., op. cit., p. 526.

69. La travailleuse enceinte - document de référence à l'intention des professionnels de la santé, op. cit., p. 51.

70. Bernard CASSOU et al., op. cit., p. 252.

71. Ibid., p. 254.

72. La travailleuse enceinte - document de référence à l'intention des professionnels de la santé, op. cit., p. 68.

73. Johanne HUOT, Monographie sur les conditions de travail dans le secteur du textile, Québec, ministère des Affaires sociales, Service de la santé au travail, 1982, p. 55-60.

74. La travailleuse enceinte - document de référence à l'intention des professionnels de la santé, op. cit., p. 68.

75. Alison D. MCDONALD et al., op. cit., p. 526.

76. Ibid., p. 525.

77. M.J. SAUREL-CUBIZOLLES et al., op. cit., p. 964.

78. La travailleuse enceinte - document de référence à l'intention des professionnels de la santé, op. cit., p. 70.

79. Johanne HUOT, op. cit., p. 55-60.

80. Nancy MILLER-CHÉNIER, op. cit., p. 30.

81. La travailleuse enceinte - document de référence à l'intention des professionnels de la santé, op. cit., p. 64.

82. Ibid., p. 65.

83. La travailleuse enceinte - document de référence à l'intention des professionnels de la santé, op. cit., p. 65.

84. Alison D. MCDONALD et al., "Visual Display Units and Pregnancy : Evidence from the Montreal Survey", Journal of Occupational Medicine, vol. 28, n° 12, décembre 1986, p. 1228.

85. Nancy MILLER-CHÉNIER, op. cit., p. 32.

86. Suzanne BÉLANGER et Marie BELLEMARE, Le travail de bureau incluant le travail devant l'écran cathodique, et ses conséquences sur la santé des travailleuses, Québec, ministère des Affaires sociales, 1982, p. 42-59.

87. La travailleuse enceinte - document de référence à l'intention des professionnels de la santé, op. cit., p. 65.

88. Danielle ROBERGE, Les salons de coiffure, Montréal, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Département de santé communautaire, 1982, p. 12.

89. La travailleuse enceinte - document de référence à l'intention des professionnels de la santé, op. cit., p. 61.

90. Nancy MILLER-CHÉNIER, op. cit., p. 28-29.

91. La travailleuse enceinte - document de référence à l'intention des professionnels de la santé, op. cit., p. 61.

92. Vilma R. HUNT, "Occupational Radiation Exposure of Women Workers", Preventive Medicine, vol. 7, n° 3, 1978, p. 306.

93. Mary B. MEYER et James A. TONASCIA, "Possible Effects of X-Ray Exposure During Fetal Life on the Subsequent Reproductive Performance of Human Females", American Journal of Epidemiology, vol. 98, n° 3, septembre 1973, p. 154 et 160.

94. Nancy MILLER-CHÉNIER, op. cit., p. 29.

95. Vilma R. HUNT, op. cit., p. 308.

96. La travailleuse enceinte - document de référence à l'intention des professionnels de la santé, op. cit., p. 52.

97. Nancy MILLER-CHÉNIER, op. cit., p. 34.

98. Ibid., p. 34.

99. La travailleuse enceinte - document de référence à l'intention des professionnels de la santé, op. cit., p. 70-78.

100. Nancy MILLER-CHÉNIER, op. cit., p. 34.

101. Alison D. MCDONALD et al., op. cit., p. 525.

102. La travailleuse enceinte - document de référence à l'intention des professionnels de la santé, op. cit., p. 53.

103. Johanne HUOT, op. cit., p. 62-63.

104. Ibid., p. 62-63.

105. La travailleuse enceinte - document de référence à l'intention des professionnels de la santé, op. cit., p. 91.

106. M.J. SAUREL-CUBIZOLLES et al., op. cit., p. 965.

107. Anne QUÉNIART, On mérite bien un congé : rapport de recherche sur le retrait préventif de la travailleuse enceinte dans le secteur des hôpitaux et des services sociaux, Montréal, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Département de santé communautaire, Santé au travail, 1986, p. 97.

108. Alison D. MCDONALD et al., op. cit., p. 525.

109. Suzanne BÉLANGER et Marie BELLEMARE, op. cit., p. 13-30.

110. Johanne HUOT, op. cit., p. 68-69.

111. M.J. SAUREL-CUBIZOLLES et al., op. cit., p. 964.

112. Nicole MAMELLE et al., "Prematurity and Occupational Activity During Pregnancy", American Journal of Epidemiology, vol. 119, n° 3, mars 1984, p. 309, 312 et 316.

113. Alison D. MCDONALD et al., op. cit., p. 525.

114. Ibid., p. 526.

115. Nancy MILLER-CHÉNIER, op. cit., p. 39.

116. Johanne HUOT, op. cit., p. 55-67.

117. Nancy MILLER-CHÉNIER, op. cit., p. 39.

118. Suzanne BÉLANGER et Marie BELLEMARE, op. cit., p. 30-42.

119. La travailleuse enceinte - document de référence à l'intention des professionnels de la santé, op. cit., p. 97-98.

120. Ibid., p. 97 et 103.

121. Nicole MAMELLE et al., op. cit., p. 311-312.